

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

— **THÈSE** ^{N°} **356**
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **André REMILLY**

Interne des Hôpitaux de Paris

Lauréat de l'Assistance Publique (Prix Jamin 1914)

Membre de la Société Anatomique

Membre correspondant de la Société de Pathologie comparée

SUR

TRENTE-DEUX OBSERVATIONS DE FEMMES OPÉRÉES

POUR

TUBERCULOSE GÉNITALE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

Professeur **HARTMANN**

Président : M. HARTMANN, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1920

356

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **André REMILLY**

Interne des Hôpitaux de Paris

Lauréat de l'Assistance Publique (Prix Jamin 1914)

Membre de la Société Anatomique

Membre correspondant de la Société de Pathologie comparée

SUR

TRENTE-DEUX OBSERVATIONS DE FEMMES OPÉRÉES

POUR

TUBERCULOSE GÉNITALE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

Professeur **HARTMANN**



Président : M. HARTMANN, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANÇON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale	GOSSET.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	QUENU.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	HARTMANN.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA.
Clinique thérapeutique	ROBIN.
Clinique d'oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agréés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LÉRI	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET (ANDRÉ)	LOEPER	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	SICARD
CHAMPY	TINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUILLAIN	LEREBoullet	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

M. le D^r ÉMILE REMILLY

Médecin honoraire de l'Hôpital Civil et du Lycée de Versailles

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Lauréat de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de profonde reconnaissance.

A MON COUSIN le D^r GEORGES THIBIERGE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES

M. le Professeur A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Accoucheur des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le D^r PISSAVY

Médecin de l'hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le D^r J.-L. ROUX-BERGER

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Première année et stage

M. le D^r A. LAURENT, médecin de l'hôpital civil de Versailles.

M. le D^r DEMOULIN (*in memoriam*).

M. le D^r A. PISSAVY, médecin de l'hôpital Cochin.

M. le Professeur RECLUS (*in memoriam*).

Externat

M. le Professeur CHANTEMESSE, médecin de l'Hôtel-Dieu (*in memoriam*).

M. le Professeur MENÉTRIER, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur MARCEL LABBÉ, médecin de l'hôpital de la Charité.

M. le Professeur agrégé A. JOUSSET, médecin de l'hôpital Beaujon.

Internat

M. le Professeur GOSSET, chirurgien de la Salpêtrière.

M. le Professeur HARTMANN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. le D^r GEORGES THIBIERGE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. le D^r JULES RENAUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (Maladies des enfants. Annexe Grancher)

- M. le Professeur agrégé LECÈNE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.
- M. le D^r BOUFFE DE SAINT-BLAISE, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.
- M. le Professeur agrégé POTOCKI, accoucheur de la Maternité.
- M. le D^r WIART, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
- M. le D^r AUBERTIN, médecin de l'hospice de Brévannes.
- M. le D^r VICTOR VEAU, chirurgien de l'hôpital des Enfants Assistés.
- M. le Professeur agrégé CYRILLE JEANNIN, accoucheur de la Charité.
- M. le D^r LÉVY-SOLAL, accoucheur des hôpitaux.
- M. le Professeur agrégé ROUVIÈRE, chef des travaux anatomiques.
- M. le Professeur OKINCZYC, chirurgien des hôpitaux.
- M. le D^r CADENAT, chirurgien des hôpitaux.
- M. le D^r JEAN BERGER, chirurgien des hôpitaux.
- M. le D^r MAURICE RENAUD, médecin des hôpitaux.
- M. le D^r PEYRON, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.
- M. le D^r TOUPET, chirurgien des hôpitaux.
- M. le D^r DEBRÉ, chef des travaux pratiques d'hygiène.
- M. le D^r MÉTIVET, prosecteur à la Faculté.
- M. le D^r LE MÉE, assistant du service d'oto-rhinolaryngologie de l'hôpital Laennec.

A MES PARENTS

MM. les D^{rs} A. DARDEL (de Gisors), G. MAUPETIT
(de Fontenay-sous-Bois), CH. LEVASSORT
(de Paris), GRIAS (d'Angers), ANDRÉ THI-
BIERGE (interne des hôpitaux), LOUIS DAR-
DEL (externe des hôpitaux).

A MES AMIS

M. le D^r ANDRÉ BERGERET, chef de clinique, pro-
secteur des hôpitaux.

M. le D^r HENRI VIGNES, chef de clinique obstétricale
(à Baudelocque).

A TOUS MES COLLÈGUES
DES HOPITAUX DE PARIS

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur HENRI HARTMANN

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de respectueuse reconnaissance et de profond dévouement.

SUR TRENTE-DEUX OBSERVATIONS
DE FEMMES OPÉRÉES
POUR
TUBERCULOSE GÉNITALE

INTRODUCTION

Nous venons simplement rapporter les 32 observations de tuberculose génitale de la femme que M. le professeur Hartmann nous a permis de relever parmi les 23.170 observations d'interventions chirurgicales faites dans son service ou dans sa clientèle depuis 1900.

Notre but n'est pas de nous lancer dans l'étude de la tuberculose de l'utérus et de ses annexes ni même de faire une revue générale de la question. La tuberculose utéro-annexielle a été fort étudiée, de nombreuses thèses et de nombreux travaux originaux ont déjà été publiés sur ce point si intéressant de la gynécologie, à commencer par la thèse inaugurale de Brouardel en 1865. Pour se permettre d'énoncer maintenant une opinion personnelle sur la question, il faudrait soit faire de nombreuses expérimentations, soit comparer

un nombre considérable d'observations et non pas seulement d'observations prises dans des services de chirurgie mais aussi dans des services de médecine. En effet dans les services chirurgicaux on ne rencontre la tuberculose génitale : ou bien qu'au hasard d'un examen complet et minutieux d'une malade venue consulter pour toute autre chose ; ou bien lorsque la lésion tuberculeuse a évolué vers certaines formes spéciales (abcès froid de la trompe ou de l'ovaire, tuberculose ulcéreuse ou papillaire du col) simulant une autre affection gynécologique (salpingite aiguë, kyste de l'ovaire ou cancer du col), ou bien enfin lorsqu'il est survenu une complication qui force à penser à la tuberculose (fistules, péritonite ascitique ou adhésive). Mais il est certain que la tuberculose génitale est beaucoup plus fréquente que ne paraissent le dire toutes les statistiques chirurgicales et qu'elle passe très souvent inaperçue.

Nous allons pour notre part nous contenter de grouper les différents caractères étiologiques, cliniques, anatomiques et thérapeutiques de nos observations ; nous comparerons chemin faisant la proportion de nos cas aux chiffres moyens de certaines statistiques ; mais pour considérer les chiffres que nous donnerons à leur juste valeur, il faut bien tenir compte :

1° Que nous ne rapportons que des observations d'un service de chirurgie.

2° Bien plus, que nos recherches n'ont porté que sur les observations des malades ayant subi une intervention chirurgicale. C'est pourquoi, par exemple, nous

nous abstiendrons d'émettre tout avis sur le traitement médical puisque nous ne pouvons présenter aucune observation d'abstention pouvant être opposée à nos observations d'intervention.

De plus nous devons faire remarquer avant de présenter notre statistique que nous n'avons pas pu procéder à un examen microscopique systématique de toutes les pièces d'annexites du service, cet examen presque irréalisable aurait cependant été la seule condition qui nous eut permis de présenter une statistique dont l'exactitude fut absolument certaine. Car il est indubitable que de nombreux cas de tuberculose des annexes ou de l'utérus passent inaperçus cliniquement et même à l'examen anatomique macroscopique. Tous les auteurs ont signalé des lésions paraissant des inflammations banales qu'un examen minutieux révèle être tuberculeuses, et il est certain que des cas analogues nous ont échappé. Nous n'avons conservé le diagnostic de tuberculose génitale que dans les cas où les lésions macroscopiques ou certaines particularités cliniques sont vraiment caractéristiques. Un certain nombre de nos pièces opératoires ont été vérifiées histologiquement ce qui nous a permis d'en affirmer la nature tuberculeuse : car scientifiquement l'examen macroscopique est insuffisant pour affirmer la nature tuberculeuse des lésions. Et même certains auteurs (Ducuing et Rigaud) pensent que pour affirmer la tuberculose la recherche du bacille de Koch et l'inoculation positive au cobaye sont nécessaires.

D'autre part, Jayle et Bertrand ont signalé sur le

péritoine un cas de pseudo-granulation tuberculeuse et nous rapportons une observation où la clinique et l'examen macroscopique faisaient porter le diagnostic de tuberculose et où le microscope ne put déceler aucun caractère histologiques propre à la tuberculose, l'inoculation fut négative. Cependant nous nous sommes estimés en droit, par suite de la rareté extrême des causes d'erreurs, de cataloguer comme tuberculeuses des pièces opératoires où le péritoine était parsemé de granulations typiques, où les poches purulentes contenaient du pus caséeux, et avaient une paroi d'aspect tuberculigène ; et nous avons laissé volontairement de côté plusieurs observations où malgré l'étiquette de tuberculose génitale rien dans le compte rendu clinique et anatomique ne venait confirmer la nature tuberculeuse de l'affection. Nous devons cependant faire dans cette introduction toutes les réserves nécessaires.

Enfin pour la bibliographie nous n'avons nullement cherché à citer tous les travaux et les innombrables communications qui ont été faites sur ce sujet, des thèses antérieures sont suffisamment complètes, et nous savons même que le professeur agrégé Lenormant et notre collègue Moulonguet préparent une Revue Générale sur la Tuberculose annexielle qui va peut-être paraître même avant ce travail. Nous y renvoyons pour la bibliographie complète. Nous ne citerons donc que les ouvrages, les articles ou les comptes rendus que nous avons eu l'occasion de lire pour voir si les principaux faits ressortant de nos observations sont très

différents de ceux relatés par les autres auteurs. C'est ainsi que l'on pourra s'étonner du petit nombre d'ouvrages étrangers que nous citons, mais nous n'avons voulu faire ou faire faire que le minimum de traductions et nous nous sommes efforcés de nous contenter de la littérature française.

Nous nous excusons auprès de M. le professeur Hartmann de n'avoir pu tirer un meilleur parti de l'immense richesse scientifique que représente sa collection unique d'observations chirurgicales, qui annexée à sa bibliothèque peut permettre d'étudier à fond n'importe quel point de la chirurgie moderne. Mais il sait au milieu de quelles angoisses morales nous avons dû entreprendre ce travail et nous sommes assurés qu'il ne nous en tiendra pas rigueur. Qu'il veuille bien trouver ici avec nos excuses l'assurance de notre très grande et très respectueuse reconnaissance.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Lecène et M. le professeur agrégé Okinczyc des documents qu'ils ont bien voulu nous communiquer ainsi que le professeur Peyron et le Dr Renaud qui nous ont dirigé et aidé dans l'interprétation des coupes histologiques. Je remercie aussi mon vieil ami Vignes et mon collègue Moulonguet des indications bibliographiques qu'ils ont mis à ma disposition. Mais mes plus grands remerciements doivent aller à mon ami le Dr Bergeret, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu qui m'a si obligeamment aidé de ses conseils et m'a permis d'utiliser pour ce travail des documents que nous avons réunis en commun pour un mémoire.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Tous les auteurs qui ont étudié la tuberculose génitale de la femme sont d'accord pour dire et répéter qu'elle est en général beaucoup plus fréquente que l'on n'est porté à le croire et que l'on devrait toujours y penser.

De nombreuses statistiques ont été publiées dans le but d'établir la fréquence de localisation du bacille de Koch au niveau des organes génitaux de la femme, les unes sont basées sur des autopsies : soit des autopsies en général, soit des vérifications anatomiques faites uniquement chez des tuberculeux, d'autres indiquent la fréquence des tuberculoses génitales vérifiées sur des pièces opératoires.

Et ces chiffres sont des plus variables. C'est ainsi qu'au cours d'autopsies de femmes mortes des affections les plus diverses on a pu trouver de 1 % (Senn), à 12,6 % (Merletti) et chez les tuberculeux de 1 % (Courty), à 20,5 % (Stolfer) (in R. G. de Jong) de tuberculoses annexielles.

Les statistiques opératoires présentent de moins grands écarts. Dans sa thèse, Rives a à peu près trouvé 10 annexites tuberculeuses pour 100 annexites opérées

et d'après cet auteur, Andrews arrive à 12 %, Pollosson à 13 %. Dans le service du professeur Hartmann nous avons trouvé 3,5 annexites tuberculeuses pour 100 des annexites opérées mais nous rappelons les réserves que nous avons formulées dans notre introduction tant sur la nature tuberculeuse d'un certain nombre de cas que nous rapportons et qui n'ont pu être soumis à un examen histologique et bactériologique suffisant, que sur la possibilité d'annexites supposées banales et qu'un examen histologique aurait montré tuberculeuses. Nous verrons en étudiant la clinique qu'il n'y a bien souvent aucun symptôme qui permette de différencier une annexite tuberculeuse d'une annexite aiguë ou subaiguë quelconque : et si l'aspect macroscopique des annexes au cours de l'intervention a permis souvent de soupçonner la tuberculose il a pu parfois être trompeur. Nous ne nous dissimulons donc pas que les chiffres que nous apportons peuvent pécher à la fois par excès et par défaut. Nous les rapportons tels qu'ils sont car ils répondent à une moyenne, ce qui suffit à les rendre intéressants.

Age. — La recherche de l'âge auquel nos malades ont été opérées nous a donné les résultats suivants :

2	ont 18 ans
9	— de 20 à 24 ans
11	— de 25 à 29 ans
5	— de 30 à 34 ans
3	— de 35 à 40 ans
1	a 47 ans

la plus jeune 18 ans, la plus âgée 47 ans.

Dans tous nos cas la tuberculose s'est donc développée pendant la période dite d'activité génitale et cela est d'accord avec les autres statistiques vingt à quarante ans pour Chaufon, quinze à vingt-cinq pour Rives, mais on a signalé des cas à tous les âges dans l'enfance comme dans la vieillesse.

Antécédents personnels. — Dans les maladies antérieures nous notons tous les antécédents pathologiques banaux, mais souvent ces infections qui ont été considérées par certains comme prédisposant à la tuberculose tels que la rougeole et la coqueluche : d'autres ont eu du rhumatisme, des névralgies intercostales.

Chez 10 de nos 32 malades c'est-à-dire dans presque 35 % des cas que nous rapportons on relève des accidents tuberculeux antérieurs d'un autre organe soit paraissant guéris, soit en évolution. L'une eut une pleurésie droite à l'âge de 9 ans, une autre en eut une à l'âge de 25 ans et chez celle-ci qui mourut au lendemain de l'opération on trouva dans le poumon droit des noyaux caséeux en voie de ramollissement. La troisième eut une laryngite à 22 ans, une pleurésie à 32 ans avec des lésions au sommet. La quatrième une pleurésie et une polynévrite. Trois autres eurent des bronchites suspectes ; trois avaient des lésions en évolution qui ont été cliniquement constatées.

Dans l'histoire de leur fonction génitale nos malades accusent des troubles variables. L'âge de la puberté est à peu près normal puisque M^{me} Francillon fixe la

date d'apparition habituelle des premières règles à Paris de 12 à 17 ans et que nous avons :

3	de nos malades	ont été réglées à 12 ans	
5	—	—	13 —
4	—	—	14 —
2	—	—	15 —
2	—	—	16 —
5	—	—	17 —
1	—	—	18 —
1	ne fut réglée qu'à		19 —

Les règles se sont assez souvent irrégulièrement établies et nous relevons dans 17 de nos observations ces troubles dysménorrhéiques prolongés que signalent tous les auteurs et dont certains font même un élément de diagnostic. Dysménorrhée des plus diverses consistant en pertes blanches ou irrégularités, règles plus ou moins abondantes, douleurs, etc., comme nous le préciserons en étudiant les symptômes.

Deux de nos malades sont vierges et nous reverrons en discutant le diagnostic des tuberculoses génitales que certains cliniciens ont été amenés assez souvent à penser à la tuberculose en présence soit d'une annexite, soit d'une tumeur du col utérin chez une femme vierge.

Vingt-deux femmes n'ont eu ni enfant ni fausse couche et la fréquence de la stérilité dans la tuberculose génitale a pu être considérée par les uns comme conséquence par d'autres comme une cause de la localisation de la tuberculose sur les organes génitaux. Quatre ont eu un enfant, une en a eu 2, une a eu 2 en-

fants et 2 fausses couches, une a eu 4 enfants et une fausse couche. Dans une observation la tuberculose génitale est apparue deux mois après une fausse couche, dans 2 cas quelques semaines après un accouchement, dans les autres nous n'avons remarqué aucun rapport entre la puerpéralité et la tuberculose, bien que l'accouchement et l'avortement aient été accusés par certains de favoriser fréquemment le développement de la tuberculose soit par l'inoculation par le traumatisme, soit en réveillant une tuberculose ancienne.

Une de nos malades dit que son mari était syphilitique ; plusieurs ont des signes nets d'infection gonococcique mais il n'est signalé pour aucune qu'il ait été fait les recherches bactériologiques nécessaires pour nous permettre de l'affirmer.

La cause efficiente est naturellement l'arrivée du bacille de Koch et sa localisation au niveau des organes génitaux de la femme et nous quittons l'étiologie pour arriver bien plus dans le domaine de la pathogénie.

Antécédents familiaux. — Nous avons retrouvé dans nos observations quelques antécédents familiaux tuberculeux, 8 de nos malades ont perdu des frères, des sœurs d'affections tuberculeuses ou paraissant l'être, une a ses grands-parents, une autre son père morts de tuberculose, du moins d'après les renseignements qu'elles ont pu donner ; mais nous pensons cependant comme Chaufon et la plupart des autres auteurs que l'hérédité tuberculeuse n'a là qu'un rôle fort effacé.

PATHOGÉNIE

Il ne rentre pas dans le cadre de notre étude de nous lancer dans des discussions pathogéniques ; pour se permettre de le faire il faudrait ou bien se livrer à des expérimentations sur des animaux afin d'apporter une opinion personnelle, ou bien faire une revue générale des différentes opinions qui ont été émises jusqu'à ce jour, ce qui n'est pas dans notre intention.

Nous nous contenterons de rappeler que certains ont admis avec Conheim et Hégar la théorie de l'infection par voie ascendante et nous renvoyons aux intéressantes expériences sur le cobaye et le lapin que M^{lle} Gorowitz rapporte dans sa thèse qui conclut en démontrant que le simple dépôt du bacille de Koch dans le tractus génital ne suffit pas toujours pour produire l'infection tuberculeuse.

D'autres auteurs ont soutenu une théorie d'infection par contiguïté, les bacilles pénétrant dans la cavité tubaire venant du péritoine et d'organes voisins ; mais on admet plutôt inversement l'infection du péritoine par les trompes et l'on sait que Bouilly mettait souvent au niveau des annexes le point de départ des péritonites

tuberculeuses décrites sous le nom d'ascite essentielle des jeunes filles.

L'infection par voie lymphatique a été aussi défendue mais il est actuellement presque généralement admis par la majorité des auteurs que la voie la plus fréquemment suivie par l'infection est la voie sanguine et Villemin aurait obtenu chez une lapine une salpingite tuberculeuse par injection intraveineuse du baccille de Koch.

Il est certain que les modes d'infections peuvent tous se rencontrer et qu'il n'y a pas lieu d'admettre une théorie plus qu'une autre mais simplement d'envisager les possibilités les plus grandes.

Tout ce que nous pouvons dire personnellement, c'est qu'en compulsant 14 observations de péritonite tuberculeuse ascitique à forme péritonéale qui ont été traitées par des laparatomies et au cours desquelles les organes génitaux internes ont été expressément vérifiés au moins à la vue, il est nettement spécifié 13 fois dans les comptes rendus opératoires que les organes génitaux paraissent intacts, et une seule fois on note la prédominance presque exclusive des granulations tuberculeuses sur la trompe et le fond de l'utérus.

Quant à savoir si la contamination des organes génitaux est quelquefois primitive ou toujours secondaire comme le dit Pollosson, il semble bien en regardant de près l'étiologie des cas que nous relatons que la tuberculose, si elle est fréquemment cliniquement primitive doit être le plus souvent anatomiquement secondaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En parcourant les comptes rendus anatomiques contenus dans nos observations, le premier point qui frappe est que sur 32 observations dans 29 cas la trompe est atteinte et cela est pleinement d'accord avec l'unanimité des statistiques et l'opinion de tous les auteurs.

Le professeur J.-L. Faure a pu dire au Congrès de Rome en 1902 que la tuberculose génitale de la femme se réduisait à la tuberculose des annexes, et Rives a donné dans sa thèse une proportion de 90 lésions annexielles pour 100 cas de tuberculose génitale. Pour notre part, sur 32 cas de tuberculose génitale nous avons 1 cas de tuberculose de la vulve, aucun cas de lésion du vagin, nous avons 2 cas de lésions isolées du col utérin, et 2 cas de tuberculoses de l'utérus associées du reste à des lésions annexielles ; tous les autres cas sont des tuberculoses des annexes.

Nous allons étudier en deux paragraphes entièrement séparés, d'abord l'anatomie macroscopique puis l'histologie pathologique. En effet, en faisant ainsi nous pourrions en étudiant l'anatomie montrer dans nos observations la fréquence des formes ou du siège des lésions les unes par rapport aux autres ; et en groupant l'étude

de l'histologie nous montrerons les ressemblances et les différences que nous avons pu constater dans la structure intime des lésions tuberculeuses, variables suivant le siège et la forme.

Anatomie pathologique macroscopique.

Trompes. — De très nombreuses classifications ont été proposées pour diviser les différentes formes de lésions salpingiennes. Chaufton décrit : 1° une salpingite aiguë catarrhale et purulente, et 2° une salpingite chronique parenchymateuse, hypertrophique, végétante, ou bien kystique, ou caséo-purulente ; Rives, une forme séreuse, une forme muqueuse et une forme interstitielle à laquelle il ajoute le pyosalpinx tuberculeux ; Martin propose deux grands types, la forme de péritonite tuberculeuse et la forme de salpingite pure ; Viollet décrit : 1° une forme à type de pelvi-péritonite comprenant les formes : miliaires (ascitiques ou anascitiques), plastiques, caséuses, suppurées ; 2° une forme avec salpingite prédominante comprenant les salpingites nodulaires, interstitielles, salpingo-ovarites suppurées, abcès froid tubaire.

Les cas que nous avons observés peuvent être divisés en deux groupes analogues à ceux de Martin, Viollet et Patel : 1° des formes avec lésions tubaires prédominantes ; 2° des formes avec lésions péritonéales prédominantes et à chacun de ces deux types anatomiques nous verrons en étudiant la symptomatologie se superposer deux types cliniques : l'un où prédomine le syn-

drome salpingite, l'autre ayant surtout un syndrome de pelvi-péritonite, adhésive, caséreuse ou suppurée, réalisant ce que nous avons décrit sous le nom de syndrome abdomino-génital. Mais disons tout de suite, que cette division comme toutes celles du même genre est très schématique et que l'on rencontre tous les intermédiaires.

Sur nos 29 cas de tuberculose de la trompe une seule fois celle-ci fut prise seule réalisant donc une salpingite tuberculeuse pure unilatérale, les 28 autres fois à l'atteinte de la trompe étaient surajoutées des lésions de l'ovaire ou du péritoine, de l'utérus, voire même de l'intestin.

Sur ces 28 cas les lésions tubaires furent 7 fois unilatérales et 21 fois bilatérales au moins macroscopiquement, ce qui cadre du reste à peu près (et un peu plus fort comme unilatérales) avec les autres statistiques. Dans ces 7 cas où nous disons avoir trouvé des lésions tubaires unilatérales, 2 fois seulement les annexes du côté opposé étaient tout à fait saines (et dans ces 2 cas il y avait autre part des lésions soit de l'appendice, soit du péritoine) ; 3 fois les annexes du côté opposé paraissaient saines, mais le péritoine, qui les recouvrait, était semé de granulations tuberculeuses ; et dans les 2 autres cas l'ovaire du côté de la trompe caséifiée, et les annexes de l'autre côté avaient subi la dégénérescence kystique.

1° Formes à lésions tubaires prédominantes.

Sur la trompe la lésion siège le plus souvent dans le segment externe, l'atteinte du segment isthmique n'est indiquée que dans une de nos observations.

a) Forme nodulaire (7 fois), la trompe présente dans l'épaisseur de sa paroi des nodules tuberculeux de grosseur variable, de couleur un peu jaunâtre et qui, à la coupe ont un contenu caséeux assez solide, il n'y a autour aucune réaction péritonéale.

b) Forme interstitielle, dans 5 cas les parois des trompes présentent une infiltration lardacée ayant amené une disparition presque complète de la lumière de la trompe, mais du reste cette forme s'accompagne toujours d'une péritonite adhésive prédominante dont nous reparlerons tout à l'heure.

c) Forme muqueuse hypertrophiante, dans un cas la trompe droite est presque de la grosseur du poing et à la coupe elle présente au niveau de sa surface interne un aspect très irrégulier tomentueux et bourgeonnant. Ces bourgeons sont volumineux, saillants, très vasculaires rappelant à s'y méprendre une grosse tubaire ancienne, et cependant l'examen histologique montre sans conteste des lésions caractéristiques permettant d'affirmer qu'il s'agit de tuberculose.

d) Forme d'annexite suppurée. La trompe paraît le siège d'une inflammation aiguë, elle simule à s'y méprendre une annexite banale gonococcique ou autre et il est certain que c'est dans ces cas que l'on passe fré-

quemment à côté de la tuberculose, et où l'examen histologique et bactériologique peut seul faire le diagnostic. C'est pourrait-on dire une annexite histologiquement tuberculeuse.

e) Abscesses froids de la trompe. C'est ce que nous rencontrons dans 3 de nos observations ; la trompe dans son segment externe forme une masse le plus souvent un peu allongée contournée, lisse, recouverte d'un péritoine souvent semé de quelques granulations tuberculeuses ; ses dimensions varient de la grosseur d'une mandarine à celle d'une tête de fœtus, parfois accolé à l'utérus, d'autres fois pouvant tomber dans le cul-de-sac de Douglas ou remonter dans le bassin. A la coupe il s'écoule du pus parfois jaune verdâtre mais plus souvent jaune louche, grumeleux, contenant des débris caséux caractéristiques. La paroi de cette poche est assez spéciale, elle est ferme, les plis de la muqueuse ont complètement disparu, et naturellement les orifices de la trompe sont bouchés. Pour Abadie ces abscesses froids seraient toujours bilatéraux.

2° Formes avec lésions péritonéales prédominantes.

Le péritoine est presque toujours atteint dans les tuberculoses utéro-annexielles, et dans les formes que nous venons de décrire il y a toujours un certain degré de réaction péritonéale. Dans 11 de nos observations on signale des granulations, dans 19 des adhérences ; mais parfois les lésions péritonéales sont nettement prédominantes.

a) *La forme miliaire* se retrouve dans 3 de nos cas où les lésions sont presque exclusivement représentées par des granulations tuberculeuses typiques : petits grains surélevés, durs, lisses de dimension variant d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois, et qui recouvrent les trompes, le fond de l'utérus et s'étendent plus ou moins sur le péritoine pelvien.

Nous n'avons qu'un seul cas de forme vraiment ascitique (obs. 1387) réalisant le vrai syndrome de l'ascite de Bouilly, mais dans d'autres observations du liquide clair citrin est signalé dans la cavité péritonéale.

b) *Forme adhésive*. — Dans ces 5 cas où nous avons trouvé au niveau des trompes une infiltration interstielle les annexes formaient un véritable magma où venait adhérer des anses grêles, ou le côlon pelvien, presque toujours le grand épiploon ; la masse ainsi constituée venait elle-même adhérer au péritoine pariétal. Dans 2 cas cet ensemble était si complexe et si compact que l'on dut s'en tenir à la cœliotomie exploratrice.

c) Cette pelvi-péritonite peut évoluer vers la *forme caséuse ou suppurée* donnant alors dans le petit bassin une collection de pus grumeleux contenant des débris caséux, remontant en haut parfois presque dans le bassin, en bas venant comme toute suppuration pelvienne bomber plus ou moins dans le cul-de-sac de Douglas déprimant la paroi antérieure du rectum.

Ovaires. — La tuberculose de l'ovaire est beaucoup plus rare que celle de la trompe, surtout si comme le demande Guillemain on prend soin de distinguer la tuberculose de l'ovaire d'avec la péri-ovarite tubercu-

leuse développée aux dépens du péritoine du hile de l'ovaire. C'est probablement ce qui explique la différence des statistiques, certains auteurs comme Rives trouvant l'ovaire atteint dans 12 % des cas de tuberculose génitale, Wolf dans 31,7 % des cas. Mais un autre point est important à préciser ; c'est de savoir si les productions kystiques de l'ovaire qui sont signalées dans 7 de nos observations doivent être considérées comme des lésions tuberculeuses. Pollosson et Violet, et tout dernièrement Forgue et Chauvin ont étudié cette question ; pour ces derniers auteurs le kyste de l'ovaire tuberculeux est une rareté et ils n'ont pu en réunir que 35 observations.

Les lésions tuberculeuses de l'ovaire présentent les mêmes variétés que les autres tuberculoses, c'est-à-dire que ce peut être soit de simples granulations siégeant sur l'ovaire lui-même ainsi que cela est signalé dans 3 de nos observations, soit des noyaux tuberculeux tantôt à l'état de crudité, tantôt en voie de caséification, d'autres fois les noyaux ramollis ont conflué pour former ou bien une seule masse caséeuse commune avec la trompe dans 2 cas, ou bien un véritable abcès froid tel qu'il est décrit dans une de nos observations.

Nous n'avons que 6 cas où l'ovaire soit signalé atteint.

On a signalé des cas de transformation fibreuse de l'ovaire, nous n'en avons pas personnellement trouvé dans les observations que nous avons parcourues.

La tuberculose de l'ovaire n'est jamais primitive et rarement isolée, cependant dans une de nos observations l'ovaire est signalé comme seul malade, cela naturelle-

ment ne veut pas dire que la tuberculose ovarienne soit primitive mais la lésion de la glande est cliniquement et macroscopiquement la principale lésion.

Péritoine. — Nous avons dit en étudiant les formes d'annexites à prédominance péritonéale tout ce qu'il y avait d'important à dire sur l'état du péritoine d'après nos observations. Il est atteint d'une façon constante et l'atteinte tuberculeuse y produit soit une péritonite miliaire avec ou sans exsudation ascitique, soit une péritonite adhésive atteignant alors non seulement le péritoine des organes génitaux mais encore le péritoine viscéral de l'intestin, du côlon, du mésentère, et aussi le péritoine pariétal; enfin nous avons signalé des pelvipéritonites caséuses allant jusqu'à donner de véritables collections suppurées.

Intestin. — Desgouttes et Olivieri ont signalé l'importance des lésions intestinales dans l'évolution et le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses. Il est certain que dans 13 de nos observations l'intestin est signalé comme participant à la maladie, dans 11 cas il est simplement adhérent; dans un autre cas il est noté comme recouvert de fausses membranes rougeâtres, dans 5 cas ce sont les granulations tuberculeuses qui s'étendent jusque sur lui soit existant seules, soit surajoutées aux adhérences. Mais Desgouttes et Olivieri considèrent les fistules intestinales comme fréquentes; au cours de la tuberculose annexielle, nous n'en avons trouvé que dans un cas: il s'agissait d'une fistule faisant communiquer une poche d'annexite et pelvipéritonite tuberculeuse avec le côlon pelvien, cette

fistule, examinée au cours de l'intervention admettait facilement une sonde cannelée, elle fut réséquée, enfouie et guérit bien.

Fistules. — Outre cette fistule intestinale, nous relevons parmi nos observations une fistule vaginale et 5 fistules pariétales. De ces 5 fistules pariétales 4 sont post-opératoires, l'orifice persistant à la partie inférieure de la cicatrice de laparotomie médiane ; la cinquième a un trajet beaucoup plus complexe puisqu'elle siège au niveau du pli inguinal : elle a un long trajet sinueux situé au-dessus du muscle iliaque et qui conduit jusqu'à un magma caséux formé par les annexes d'un seul côté, elle donnait issue à du pus parfois d'odeur fécaloïde et même à des gaz au dire de la malade, bien que l'examen clinique le plus minutieux et la vérification anatomique au cours de l'intervention n'aient pas permis de déceler aucune communication intestinale.

Utérus. — Nous en avons rejeté volontairement l'étude à la fin car nous voulons un peu y insister et il nous a paru indispensable de rapprocher pour les grouper toutes les lésions tubaires, ovariennes, péritonéales, intestinales qui collaborent à former ce que l'on appelle la tuberculose annexielle.

La tuberculose de l'utérus est dans 2 de nos observations, localisée au niveau du corps et s'accompagne alors de tuberculose annexielle, dans 2 autres cas elle siège au niveau du col et est alors isolée.

Nous éliminons des cas de tuberculose de l'utérus, ceux où la lésion consiste simplement en granulations

siégeant sur le péritoine utérin ; de même que ceux où l'utérus est emprisonné dans un magma adhésif ou caséux de tuberculose annexielle ou péritonéale.

La tuberculose du corps utérin que nous ne trouvons que dans 2 cas est certainement proportionnellement beaucoup plus fréquente (Wolf donne une proportion de 14, 6%) mais comme nous l'avons dit dès notre introduction, il aurait fallu un examen systématique histologique de tous les utérus enlevés pour annexites banales ou annexites tuberculeuses ; ou même comme le conseille de Bovis, procéder à l'examen bactériolo et cytologique des sécrétions utérines des métrites.

Dans nos observations la cavité utérine des pièces opératoires n'a été explorée que 6 fois, sur ces 6 fois l'on dit bien dans 4 cas qu'il y a des lésions d'endométrite fongueuse, mais ce renseignement nous semble insuffisant pour porter le diagnostic d'endométrite tuberculeuse d'autant moins que dans un cas où pareille constatation avait été faite, l'examen le plus minutieux n'a pu révéler que des lésions inflammatoires banales sans rien qui rappelle la tuberculose. Deux autres fois, la nature tuberculeuse est précisée, dans un cas on voit l'utérus un peu augmenté de volume, très vasculaire et à l'ouverture de la cavité utérine la muqueuse paraissait saine dans ses deux tiers inférieurs, mais son tiers supérieur est bourgeonnant et fongueux (Ob. 14857).

Tuberculose du col de l'utérus. — C'est une affection rare et tout à fait spéciale, elle mérite une place à part, de nombreux auteurs en ont fait une forme isolée,

pour notre part nous jugeons préférable d'en grouper toute l'étude en un chapitre spécial.

Histologie pathologique.

Nous n'avons pu étudier qu'un nombre restreint de documents histologiques. La plupart de nos observations ne contiennent en effet que le libellé d'un examen microscopique résumé confirmant la nature tuberculeuse des lésions et nous n'avons pu retrouver que quelques pièces macroscopiques et quelques préparations histologiques.

Les coupes que nous avons pu consulter nous ont presque toutes montré des lésions banales de la tuberculose : cellules géantes plus ou moins typiques au milieu d'une zone de réaction lympho-conjonctive ;

follicules tuberculeux mieux individualisés ;

foyers de matière caséuse amorphe.

En résumé tous les degrés de l'évolution des lésions tuberculeuses vers le ramollissement et la sclérose.

Ces documents sont trop peu nombreux pour que nous puissions les utiliser comme éléments de statistique ; par exemple, pour aider à fixer le degré de fréquence dans chaque forme de la répartition topographique des tubercules. Nous voyons seulement que : tantôt ils sont situés contre la muqueuse, disséminés dans les villosités de la trompe, et entourés d'une réaction inflammatoire légère ; tantôt ils sont signalés comme étant au voisinage de la séreuse.

Dans des cas plus avancés la paroi normale de la trompe a entièrement disparu. Au tissu normal s'est substitué un tissu de néoformation inflammatoire au milieu duquel se voient irrégulièrement épars de nombreux tubercules les uns caséifiés et ramollis et d'autres scléreux. (Coupe histologique se rapportant à l'observation XXVI.)

Dans les tuberculoses du corps utérin on trouve de même des cellules géantes entourées d'éléments épithélioïdes et d'une réaction lympho-conjonctive ; le maximum des lésions siège dans le chorion muqueux mais on trouve aussi des tubercules dans le myomètre, et dans un cas (obs. XXVII), nous voyons même signalé des cellules géantes au niveau des culs-de-sac glandulaires.

CLINIQUE

Au point de vue clinique nous pouvons faire rentrer presque toutes nos observations dans les deux variétés que nous avons déjà individualisées anatomiquement ; c'est-à-dire une forme d'annexite simple, et une forme de péritonite tuberculeuse réalisant un véritable syndrome abdomino-génital.

Entre ces deux extrêmes on trouve tous les intermédiaires d'annexite avec réaction péritonéale et de péritonite avec des symptômes annexiels plus ou moins marqués. De plus nous avons rencontré une observation d'ascite, et une d'une forme assez anormale avec fistule ouverte spontanément dans la région inguinale. Enfin comme nous l'avons fait pour l'anatomie pathologique nous laisserons entièrement de côté, nous réservant d'en faire l'étude complète en un chapitre spécial, nos deux observations de tuberculose du col utérin.

Annexite simple. — Nous pouvons considérer cliniquement que le syndrome d'annexite simple est celui que nous trouvons dans 13 de nos observations. Il est certainement plus fréquent dans la réalité, c'est dans cette forme que rentreraient les annexites tuberculeuses

que l'on ne manquerait pas de découvrir en faisant systématiquement l'examen histologique et bactériologique des trompes enlevées pour salpingite aiguë banale. En effet nous allons voir dans le tableau clinique que nous donnons que tous les symptômes ne sont guère que des symptômes banaux d'annexite et nous insisterons au diagnostic sur cette absence de tout signe spécial.

Cependant il est à remarquer que dans toutes nos observations d'annexites tuberculeuses simples le *début* est progressif : depuis quelques mois ; six mois, huit mois, quatre ans même une fois (3905), la malade souffre du ventre, voit ses règles devenir irrégulières et douloureuses et survenir des pertes blanches et rouges plus ou moins abondantes ; ces troubles ne sont jamais continus, ils surviennent par petites crises le plus souvent à l'occasion de l'époque des règles. Ils peuvent parfois être assez violents pour obliger la malade à interrompre son travail et à garder le lit mais cette éventualité est beaucoup plus rare et les signes fonctionnels beaucoup moins aigus que dans les formes abdomino-génitales que nous étudierons tout à l'heure.

Dans l'annexite simple la *douleur* peut quelquefois manquer totalement, ou n'être qu'une simple sensation de pesanteur, d'autres fois c'est une douleur analogue à celle que provoque une petite poussée d'annexite banale : douleur dans le bas-ventre survenant à l'occasion des règles ou d'une fatigue, s'irradiant vers la région lombaire ou les membres inférieurs.

Les *troubles de la menstruation* sont des plus variables, dans 4 de nos observations il est même spécifié

que les règles sont restées régulières tant dans leur date d'apparition, que dans leur durée et leurs caractères généraux ; dans tous les autres cas elles sont devenues depuis le début de l'affection un peu irrégulières ou un peu plus douloureuses, une fois on signale leur abondance, une autre fois au contraire une période d'aménorrhée complète qui a duré un an et demi, et s'est terminée par l'apparition des pertes rouges qui ont marqué le début clinique de la maladie. Dans un cas on signale une aménorrhée définitive mais comme cela se rencontre chez la plus âgée de nos malades qui a 47 ans on peut mettre cet arrêt des règles sur le compte de la ménopause. Certains auteurs avec Martin attribuent une grande importance à ces troubles menstruels, il est certain que dans presque toutes nos observations ils sont signalés et s'aggravent avec l'apparition des douleurs et le début clinique de l'affection ; mais en tout cas ils sont des plus variables et ne présentent réellement aucun caractère pathognomonique.

La stérilité est considérée par la plupart des auteurs comme fréquente, nous en avons déjà parlé en étudiant l'étiologie, de fait dans cette forme annexielle simple, 8 sur 13 de nos malades n'ont eu ni enfant ni fausse couche, les 5 autres ont eu des enfants, l'une en a même eu 3 et a fait de plus une fausse couche. Nous avons tout de même l'énorme proportion de 61 % de femmes stériles.

L'existence et les caractères des *pertes blanches* sont des plus variables, dans 6 observations d'annexites tuberculeuses simples il n'en est signalé aucune, les 7 autres

fois elles sont des plus diverses, en effet tantôt c'est une leucorrhée simple, d'autres fois des pertes jaunes ou jaunes verdâtres parfois mêmes roussâtres, mais dans 3 cas on signale en plus : des pertes rouges assez abondantes. Toutefois nous ne pouvons vraiment pas tirer de l'aspect de ces pertes des renseignements suffisamment nets pour orienter vers le diagnostic ou même y faire penser.

Et les *signes physiques* de cette forme annexielle ne sont guère plus caractéristiques. A l'*inspection* l'abdomen paraît normal, dans 2 cas on le signale un peu météorisé ce qui indique la participation du péritoine à l'infection bacillaire, car nous avons vu en étudiant l'anatomie pathologique qu'il y avait toujours quelques granulations disséminées sur le péritoine pelvien. A la *palpation* le ventre est souple, parfois on réveille comme dans une annexite banale un peu de douleur à la palpation profonde de la partie inférieure des fosses iliaques. Il n'y a rien d'anormal à la *percussion* dans cette forme.

Le *toucher vaginal* complété par le *palper bimanuel* donne quelques renseignements plus intéressants quoique toujours bien banaux. L'utérus est normal, signalé parfois comme un peu gros dans 3 de nos observations et nous avons là à envisager la question de l'endométrite tuberculeuse coexistante avec l'annexite. Nous avons une très belle observation (14857) c'est celle qu'ont rapportée à la Société Anatomique Bergeret et Botelho le corps utérin y est signalé comme un peu gros, le col abaissé régulier légèrement entr'ouvert ;

dans un autre cas on a trouvé le corps utérin augmenté de volume, son fond perceptible au-dessus de la symphise ; et l'examen histologique a révélé des lésions tuberculeuses caractéristiques, nous pouvons donc dire qu'il s'agit réellement dans ces 2 cas de métrite tuberculeuse. En tous cas cliniquement dans plusieurs cas l'utérus est signalé comme normal, 2 fois on fait remarquer qu'il reste mobile malgré les masses qui l'avoisinent; 3 autres fois au contraire on note qu'il est complètement immobilisé. Dans les culs-de-sac latéraux on sent des masses de dimensions variables, souvent douloureuses mais une fois signalées comme indolores. Jamais nous n'avons trouvé cliniquement ces nodosités formant ce que Hégear a appelé la forme en chapelet et qu'il considérait comme caractéristique de la tuberculose. Mais dans 6 cas on note la dureté de ces tuméfactions que l'on sent dans la région des trompes. Cette dureté est signalée par certains comme caractéristique. C'est là un symptôme vraiment bien précaire et si nous jetons un coup d'œil sur tous ces signes que nous venons d'énumérer nous voyons qu'ils ne diffèrent sensiblement pas de ceux d'une salpingite banale.

L'examen général de la malade est complété en passant en revue tous les appareils. Dans un cas on signale au sommet d'un poumon de la submatité et une respiration rude, dans un autre de la diminution de la respiration à une base séquelle d'une pleurésie ancienne. Dans une autre observation c'est le rein surtout qui est malade, et c'est du reste cette pyonéphrose tuberculeuse qui domine le tableau clinique, le petit noyau de

salpingite bacillaire n'ayant été décelé que par le toucher vaginal. Ces lésions tuberculeuses d'autres organes ne permettent pas, certes, d'affirmer le diagnostic mais feront au moins penser à la tuberculose.

L'état général de nos malades présentant ce syndrome d'annexite simple est dans la plupart des cas peu atteint, on signale parfois un peu d'amaigrissement, l'étude des feuilles de température nous a montré qu'à chacune des petites crises douloureuses que les malades ont eu l'occasion de faire à l'hôpital il y eut une légère ascension thermique autour de 38°. Dans aucune de ces observations on n'a l'occasion de signaler de faiblesse, de pâleur, ni de sueurs spéciales.

Quant aux caractères de l'évolution la seule chose que nous puissions noter c'est que l'affection a procédé le plus souvent par crises ; nous n'avons pas à savoir du reste ce que serait l'évolution de cette annexite tuberculeuse puisque tous les cas que nous rapportons ont été opérés et nous les reverrons en étudiant le pronostic post-opératoire.

Forme abdomino-génitale.— La forme abdomino-génitale réalise un tableau clinique notablement différent du précédent plus grave et plus aigu. Nous pouvons y faire rentrer 13 de nos observations.

Le *début clinique* est 10 fois caractérisé par sa brusquerie : Une malade est prise brusquement d'une douleur abdominale violente (presque syncopale dans un cas) ; puis cette crise s'atténue pour souvent reprendre bientôt. Quelques auteurs ont insisté sur ce que les crises douloureuses de la pelvipéritonite tuberculeuse se-

raient moins calmées par le repos au lit qu'une poussée aiguë banale gonococcique ou puerpurale. En effet nous notons 2 fois dans nos observations cette ténacité de la douleur résistant au repos au lit et à la glace.

Cette *douleur* a les caractères d'une souffrance d'origine annexielle et pelvipéritonéale, elle siège le plus souvent dans le bas-ventre, s'irradiant vers les lombes et aussi se généralisant plus ou moins à l'abdomen. Le plus souvent aiguë survenant *par crise* elle est cependant signalée dans une observation comme n'étant qu'une simple pesanteur. Elle peut s'accompagner de quelques coliques.

Les *symptômes génitaux* sont à peu près les mêmes que ceux que nous avons signalés dans l'annexite simple. Six fois les règles sont signalées comme normales, 4 fois on remarque qu'elles sont douloureuses, 2 fois on note qu'elles sont devenues plus abondantes depuis quelques mois. Nous retrouvons donc là encore l'extrême variabilité et l'imprécision que nous avons vues dans la forme précédente.

Ce qui est un peu plus net ici encore c'est la fréquence de la *stérilité*, en effet 2 de ces malades sont vierges et sur les 11 autres il s'en trouve 10 n'ayant pas eu d'enfants, et n'ayant pas non plus eu de fausse couche, une seulement est signalée comme ayant eu un enfant. Cette stérilité paraît vraiment intéressante à noter mais nous ne voulons pas nous mettre à discuter pour savoir si elle est une cause ou une conséquence de la lésion de l'appareil génital par le bacille de Koch, ou encore si elle est imputable à un trouble de l'ovula-

tion ou du fonctionnement de la glande interstitielle de l'ovaire des tuberculeuses tels qu'en a décrit M^{lle} de Jong.

Les *pertes* ne présentent aucun caractère particulier, il n'y en a même pas de signalées dans 3 observations où les symptômes péritonéaux paraissent l'emporter sur les symptômes génitaux ; les autres fois ce sont : soit de la leucorrhée banale, soit quelques pertes rouges surajoutées aux pertes blanches et survenant aussi par crises coïncidant avec les douleurs.

Mais aux troubles fonctionnels génitaux se surajoutent des accidents venant confirmer la *réaction péritonéale*, c'est ainsi que 5 fois nous trouvons signalée de la constipation, 4 fois aussi des vomissements, une autre fois de simples nausées.

Cette même association de troubles génitaux et de symptômes abdominaux se retrouve à l'examen physique. *A l'inspection* on voit parfois le ventre ballonné, blanc, tendu comme dans une péritonite tuberculeuse généralisée, mais le plus souvent on remarque dans l'hypogastre et dans la partie inférieure et interne de l'une ou l'autre des fosses iliaques une voussure plus ou moins accentuée.

A la palpation on sent soit sur la ligne médiane, soit le plus souvent latéralement dans une fosse iliaque une tuméfaction dure ou résistante, d'une sensibilité variable, ses limites manquent souvent de netteté, remontant parfois jusqu'à l'ombilic en bas allant plonger dans le petit bassin, cette masse est fixe, elle ne peut être déplacée ni par la palpation ni en faisant varier la position de la malade.

A la *percussion* la région répondant à cette tuméfaction est nettement mate, une fois il est simplement signalé une diminution de la sonorité dans l'hypogastre.

Au *toucher vaginal* on a des renseignements différents suivant que l'on a à faire à une des deux formes plastique ou suppurée. Anatomiquement il y a bien aussi une forme caséuse mais d'après nos observations les symptômes cliniques d'une masse caséuse sont suivant son état de ramollissement ou bien ceux d'un magma de péritonite plastique, adhésive, ou bien ceux d'une collection suppurée du petit bassin.

Dans la *forme plastique* on sent le col utérin complètement immobilisé et de chaque côté de lui ou parfois d'un seul côté mais débordant alors toujours dans le cul-de-sac antérieur ou dans le postérieur une masse dure plus ou moins douloureuse, adhérente aux côtés de l'utérus et le plus souvent à la paroi pelvienne. L'utérus est complètement englobé comme dans une coulée. Parfois il y a deux masses l'une droite l'autre gauche se réunissant dans le Douglas, séparées l'une de l'autre par un sillon ; dans un cas même on signale trois masses, ce sont bien là de véritables gâteaux de pelvipéritonite tuberculeuse.

Dans la *forme suppurée* on sent dans le cul-de-sac de Douglas une masse rénitente ou fluctuante douloureuse qui repousse l'utérus contre la symphise ou latéralement et qui s'étend vers l'une ou l'autre des annexes. Si on pratique le toucher rectal ainsi que cela a été fait chez la malade qui était vierge on sent une masse repoussant la paroi antérieure du rectum.

Mais en somme tous ces signes physiques n'ont rien de spécial à la tuberculose, nous verrons au diagnostic si quelques petits détails peuvent la faire soupçonner.

A l'examen des autres appareils 2 fois on a trouvé dans les poumons des râles fins disséminés.

L'état général des malades est dans cette forme abdomino-génitale bien plus grave que dans les annexites simples. Nous ne parlerons pas des tuberculoses ouvertes fistulées qui seront étudiées aux complications mais chez toutes l'infection générale est bien plus avancée. On trouve noté dans leurs observations de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes; la fièvre est la règle atteignant dans certains cas 40°, parfois on voit bien nettement en regardant les feuilles de température les grandes oscillations si caractéristiques.

L'évolution de cette forme est aussi plus aiguë; même laissées au repos les malades font de nouvelles poussées et ces poussées péritonéales survenant sans causes apparentes sont peut-être ce qu'il y a de plus caractéristique. Le pronostic opératoire est considérablement plus grave puisque sur nos 4 opérées décédées, 3 décès sont survenus chez des malades atteintes de cette forme abdomino-génitale. A côté de ces deux grands types naturellement fort schématiques, il nous faut signaler quelques autres formes cliniques :

Forme ascitique. — C'est la plus classique, c'est l'ascite essentielle des jeunes filles telle que la décrit Bouilly; pour la majorité des auteurs elle serait réellement fréquente mais pourtant nous n'avons trouvé sur les 14 observations de malades atteintes de péritonite

tuberculeuse à forme ascitique qui ont été traitées dans le service du professeur Hartmann par une laparotomie au cours de laquelle les organes génitaux internes ont été vérifiés, qu'une seule où soit signalée la présence exclusive sur les annexes et sur le fond de l'utérus de granulations tuberculeuses. Naturellement cela ne prouve nullement que les annexes des autres malades ne présentaient pas histologiquement des lésions tuberculeuses et particulièrement ces lésions de tuberculose inflammatoire que décrivent Poncet et Leriche mais il n'y a qu'une seule fois où les caractères macroscopiques permirent de constater la localisation maxima de l'infection bacillaire au niveau des organes génitaux. Cliniquement cette ascite ne présente aucun caractère particulier, c'est une ascite libre banale de péritonite tuberculeuse ascitique ordinaire, non enkystée dans le cas que nous rapportons. L'apparition de cette ascite avait été précédée de troubles dysménorrhéiques assez importants mais sans rien de bien caractéristique.

Forme avec fistules. — Des fistules viennent parfois donner au tableau clinique un caractère spécial. Deux fois la fistule est *spontanée*, une fois c'est une fistule *inguinale* survenant sans raison, sans troubles génitaux bien nets auparavant ; elle s'ouvre dans la région inguinale, présente les caractères ordinaires d'une fistule tuberculeuse tant par son aspect que par le pus qu'elle laisse écouler. C'est un orifice à bords violacés un peu décollés, par où suinte du pus avec parfois quelques débris caséeux et aussi au dire de la malade quelques gaz. On pense à une ostéite bacillaire de l'os iliaque, à

une tuberculose intestinale fistulisée; les troubles fonctionnels du membre inférieur (douleur dans le genou, la hanche), la gêne de la marche pourraient faire croire même à une coxalgie mais il n'y a pas de point douloureux osseux. Une première intervention ne révéla aucun os dénudé et permit de voir le trajet sus-jacent au muscle iliaque; un lavement iodo-ioduré ne bleuit pas l'empois d'amidon disposé pour cette expérience autour de la fistule. Ce n'est que l'intervention chirurgicale qui fait le diagnostic.

Un autre cas de tuberculose annexielle s'est ouvert spontanément *dans le côlon pelvien* donnant en plus du syndrome abdomino-génital que nous avons décrit quelques signes de réaction intestinale, et surtout la présence par intermittence de pus dans les selles, soit mélangé aux matières au moment de la défécation soit rejeté pur; chaque fois l'évacuation de pus par l'intestin s'accompagne d'un amendement très net des phénomènes généraux (fièvre oscillante, signes d'infection générale) et d'une diminution de la douleur ainsi que du volume de la masse abdominale. Cette complication guérit fort bien par l'intervention; ce qui est en contradiction avec l'opinion générale et particulièrement celle exprimée par Desgouttes et Ollivieri.

Cinq autres fois les fistules se produisirent **après les interventions chirurgicales**; dans un cas c'est une fistule *vaginale* persistant après une colpotomie postérieure pour pelvipéritonite et annexite tuberculeuse suppurée collectée dans le Douglas, cette fistule ne persiste que quelques semaines et se ferme spontanément. Dans

3 autres cas la fistule siège à la partie inférieure de la *cicatrice opératoire* ; c'est un petit orifice à bord violacé ; qui n'est entouré d'aucune induration et par lequel s'écoule du pus plus ou moins bien lié. Dans une observation il est même signalé ce fait très intéressant qu'à la reprise de la menstruation, à la suite d'une castration incomplète, du sang s'écoula par la fistule en même temps que par le vagin, venant ainsi confirmer en quelque sorte son point de départ génital. Ces petites fistules furent sans gravité et se fermèrent spontanément. Mais une autre fois la suppuration abondante qui persista par cet orifice amena un amaigrissement considérable, la cachexie et la mort de la malade au bout de quatre mois et demi.

Comme autres complications nous n'avons pas à relever grand chose dans nos observations. Peut-être les *douleurs des membres inférieurs* de la malade de notre observation 14857 sont-elles attribuables comme cela a été signalé par Violet (cité par de Jong) à une névrite par compression des racines des nerfs par les ganglions hypogastriques hypertrophiés. Nous ne relevons aucun cas d'*obstruction intestinale* mais simplement quelquefois de la constipation. Comme complication génitale nous avons décrit comme un véritable symptôme la *stérilité* extrêmement fréquente dans nos observations. Nous ne pouvons considérer comme des complications la coexistence tantôt (7 fois) de lésions kystiques, tantôt (une seule fois) d'une petite tumeur végétante de l'ovaire.

Enfin dans 2 cas (obs. 7999 et 9391) l'intervention

chirurgicale fut suivie de signes de *généralisation tuberculeuse*. Une fois ce sont des symptômes de méningite qui apparaissent quelques jours avant la mort. Une autre fois la mort survient onze jours après l'opération au milieu d'un syndrome assez aigu et c'est l'autopsie qui montre la généralisation des granulations sur tout le péritoine et la présence de plusieurs foyers tuberculeux dans les poumons.

DIAGNOSTIC

L'étude clinique vient de nous montrer en résumé qu'il n'y a aucun signe pathognomonique ni même aucun symptôme constant qui puisse permettre d'affirmer le diagnostic clinique de tuberculose annexielle ou utéro-annexielle. L'unanimité des auteurs est du reste d'accord sur ce point et, dans les différents éléments qu'il essaie de réunir pour permettre le diagnostic de la salpingite tuberculeuse, de Bovis insiste bien sur ce fait qu'il n'y a en somme cliniquement *aucun signe de certitude*. Pourtant plusieurs fois dans les cas que nous rapportons le diagnostic put être posé ou suspecté. C'est que s'il n'y a aucun signe absolu il se trouve parfois une association de symptômes fonctionnels physiques et généraux, qui, joints à des données étiologiques et évolutives, parvient à réaliser une sorte de syndrome (éminemment variable du reste) qui fait penser à la tuberculose.

Quels sont donc ces signes positifs (au moins relatifs) ?

C'est parfois l'interrogatoire le premier qui, révélant quelque *autre affection tuberculeuse* dans les antécédents personnels de la malade, fait penser à la nature

tuberculeuse des lésions. C'est ainsi que dans 8 cas nous relevons dans les antécédents personnels des maladies plus ou moins nettement imputables à la tuberculose : pleurésie, bronchite suspecte, péritonite bacillaire, etc...

S'il y a en évolution un foyer tuberculeux que révèle l'examen complet de la malade on sera encore bien plus poussé à penser à la tuberculose. Dans 6 de nos observations on trouve des lésions pulmonaires, dans une autre une pyonéphrose tuberculeuse.

Les *troubles dysménorrhéiques* sont pour certains auteurs tellement constants dans la tuberculose génitale qu'ils doivent en faire soulever le diagnostic. En effet nous les trouvons signalés dans 16 de nos observations ; mais tant d'autres affections générales ou locales sont capables d'en produire de semblables qu'il nous paraît vraiment difficile d'attacher une grosse importance à un fait aussi banal.

L'*examen local* pourra lui aussi par quelques particularités faire penser à la tuberculose. Tout d'abord pour certains le fait de rencontrer un syndrome d'annexite chez une *vierge* doit faire penser à la tuberculose, cela se comprend aisément et peut être en effet une forte présomption. Mais à côté de cela est-il permis de dire qu'une annexite est tuberculeuse parce que l'on ne trouve aucun signe ni aucun antécédent précis d'infection gonococcique ou puerpérale ? Nous ne le croyons pas, d'autant plus que nous savons d'autre part que ces différentes infections peuvent coexister ; et dans nos observations les caractères des pertes sont trop varia-

bles pour que l'on en puisse tirer aucun renseignement.

Au sujet du toucher vaginal on retrouve dans tous les ouvrages signalés la dureté des lésions, leur aspect bosselé, parfois des nodosités en chapelet, certains insistent sur l'unilatéralité, d'autres sur l'indolence, il est même des auteurs qui ont dit sentir des sortes de granulations (?) dans le cul-de-sac de Douglas plus rigide que normalement. Jamais nous n'avons trouvé signalé ce symptôme qui paraît bien extraordinaire. L'indolence des lésions au palper et au toucher n'est signalée que dans une de nos observations, dans toutes les autres au contraire on insiste plus ou moins sur la douleur que réveille la pression sur les masses annexielles ou périannexielles. Les nodosités en chapelet ne sont jamais signalées cliniquement bien qu'une fois l'on ait trouvé anatomiquement des lésions qui auraient été capables de donner cette sensation (obs. 4954). L'*unilatéralité* des lésions est plus intéressante, l'on sait en effet que dans les salpingites gonococciques ou puerpérales la bilatéralité est la règle presque constante bien qu'il y ait toujours un côté plus atteint que l'autre ; dans 6 de nos observations les lésions sont notées comme étant cliniquement unilatérales. Enfin la *dureté* de la tuméfaction surtout sentie par le toucher vaginal se retrouve signalée dans 11 de nos cas ; nous pouvons donc dire que les deux seuls signes physiques un peu spéciaux sont la dureté et l'unilatéralité des lésions. Mais encore faut-il bien dire que cela n'a rien de spécifique et par exemple bien des salpingites aiguës banales refroidies s'entourent de sclérose prédominante

d'un côté qui donne exactement ces deux signes au toucher vaginal : dureté et unilatéralité clinique. Il est bien entendu que la présence d'ascite est le symptôme qui aurait le plus de valeur, mais il nous a pour ainsi dire toujours manqué.

L'évolution elle aussi peut mettre sur la voie, il y a longtemps que Terrillon a signalé ces annexites tuberculeuses *évoluant par poussées*, se répétant presque sans raison et malgré le repos au lit ; dans nos observations nous retrouvons 11 fois cette évolution par crises qui est donc assez fréquente. Il est classique de dire que les poussées aiguës d'annexites tuberculeuses sont moins bien calmées par le repos que les autres, nous ne trouvons cette particularité signalée que chez 2 de nos malades.

De Bovis, après Bazterria, a dit que l'on voyait souvent dans la salpingite tuberculeuse des augmentations et diminutions périodiques du volume des tumeurs annexielles dues soit à une oblitération transitoire de la trompe, soit à un processus congestif passager. La seule fois où pareil fait est noté dans nos observations cela est en rapport avec l'évacuation de la collection purulente dans l'intestin par une fistule au côlon pelvien.

Pourrait-on aussi soupçonner la nature tuberculeuse des endo-métrites ? A part quelques considérations étiologiques sur les antécédents personnels des malades, rien et surtout aucun signe physique ne peut dans nos observations mettre sur la voie.

Quant aux recherches du laboratoire telles que l'examen bactériologique des sécrétions utérines après cu-

rettage par recherche directe du bacille de Koch ou inoculation au cobaye, de même que l'épreuve à la tuberculine, ils ne donneraient d'après certains auteurs que des résultats fort incertains ; nous ne pouvons pour notre part nous permettre de les juger car il n'en a pas été parlé dans nos observations cliniques.

Tels sont donc les quelques signes positifs qui peuvent faire soupçonner la nature tuberculeuse des lésions utérines ou annexielles et permettent le diagnostic différentiel. Celui-ci est du reste variable suivant que l'on a à faire à un des 2 types cliniques que nous avons décrits.

La forme d'annexite simple est à différencier de toutes les salpingites ou salpingo-ovarites aiguës ou chroniques. Il faudra se baser surtout sur les données étiologiques. L'hydrosalpinx, le pyosalpinx sont d'autant plus à différencier qu'ils sont quelquefois eux-mêmes tuberculeux. Un kyste de l'ovaire est totalement indolore à moins qu'il ne se torde et dans les abcès froids tubaires que nous avons trouvés dans nos observations nous n'avons jamais constaté cette indolence que signalent les auteurs. Mais un diagnostic fort délicat est à faire avec la grossesse extra-utérine, dans cette forme annexielle simple c'est avec la grossesse non rompue que le diagnostic peut se poser et les troubles des règles si fréquents comme nous l'avons dit dans la tuberculose ne peuvent que rendre le diagnostic plus délicat ; l'évolution, quelques signes de grossesse permettent souvent de faire le diagnostic ; mais Albertin a cependant insisté sur sa difficulté.

La forme abdomino-génitale ressemble plus encore à la grossesse extra-utérine rompue réalisant le syndrome d'hématocèle rétro-utérine et là se trouve la même masse dure, bosselée, peu douloureuse, à prédominance unilatérale, remontant vers une fosse iliaque et le diagnostic est des plus délicats. Un gros kyste de l'ovaire plus ou moins enclavé, voire même un fibrome peuvent réaliser un tableau clinique à peu près semblable à la tuberculose. D'autres fois cette masse abdomino-pelvienne mal limitée adhérente est prise pour une tumeur cancéreuse ou inflammatoire. Enfin en présence d'une grosse collection purulente collectée dans le petit bassin il est pour ainsi dire impossible de dire si elle est tuberculeuse.

En fait si l'on a pu quelquefois au cours de l'examen clinique soupçonner le diagnostic de tuberculose utéro-annexielle, le plus souvent le diagnostic définitif n'a pu être posé qu'au cours de l'opération ou même par l'examen histologique de la pièce opératoire. D'autre part nous rapportons l'observation d'une malade chez laquelle on avait cru pouvoir porter le diagnostic de tuberculose utéro-annexielle au cours de l'intervention, et l'examen histologique fait par le Dr Lecène montra qu'il ne s'agissait que d'une inflammation banale. Nous avons éliminé 2 autres observations analogues où l'examen histologique était venu détruire le diagnostic de tuberculose.

Nous voyons donc combien le diagnostic est particulièrement difficile.

TRAITEMENT

Nous n'envisagerons pas dans ce travail le résultat des traitements médicaux qui consistent surtout dans le traitement général de la tuberculose et parmi lesquels on a beaucoup vanté ces dernières années l'héliothérapie. Nous ne discuterons même pas les indications d'opération dans la tuberculose utéro-annexielle, pour se permettre de le faire il faudrait comparer, aux observations de malades opérées, un certain nombre d'observations de malades non opérées, cela n'est pas dans notre plan et relève bien plutôt d'une revue générale.

Nous nous contenterons donc là encore de rapporter simplement ce qui a été fait dans les cas où le professeur Hartmann a jugé bon d'intervenir.

Dans les cas d'annexite tuberculeuse simple on est le plus économe possible et chaque fois que les lésions paraissent nettement limitées à un seul côté on fait une castration unilatérale. Les opérations dites conservatrices ne sont pas admises par tout le monde, certains comme Patel et Ollivieri disent que ce traitement ne présente que peu d'avantage, la grossesse restant très hypothétique et pouvant même être dangereuse au cas

où elle se produirait, par son retentissement sur l'état général (puisque Bardeleben va jusqu'à conseiller l'avortement artificiel avec excision de l'insertion placentaire). Cependant la castration unilatérale a le gros avantage d'éviter l'aménorrhée post-opératoire avec son cortège de troubles vaso-moteurs et psychiques.

D'après nos observations nous voyons que sur 13 annexites bacillaires simples : 4 furent traitées ainsi par la castration unilatérale :

Pour une (obs.) simple castration unilatérale.

Pour la 2^e (obs. 7220) castration unilatérale et appendicectomie.

Pour la 3^e (obs. 4954) castration unilatérale droite et néphrectomie pour tuberculose rénale gauche.

La 4^e (obs. 3619) est la malade qui avait cette fistule inguinale dont nous avons déjà longuement parlé, en plus de la castration qui fut du reste plus exactement une simple excision de la poche, on fit un curettage du trajet fistuleux. Elle seule conserva encore une petite fistule. Deux de ces malades revues postérieurement un an et trois ans après l'opération avaient un excellent état général et local, avec conservation de leurs fonctions génitales, sans cependant avoir eu de grossesse. Il n'y eut aucun décès post-opératoire.

Onze autres annexites bacillaires furent traitées par l'hystérectomie toujours par voie abdominale. Chez 6 de ces malades, on fit une castration abdominale totale, profitant de l'ouverture du vagin pour établir un drainage vaginal qui se cicatrisa toujours normalement sans qu'il ait jamais été signalé, après ce drainage, de fistule

vaginale post-opératoire. Toutes les malades opérées par ce procédé sortirent de l'hôpital en bon état général et local. Chez les 5 autres on fit une castration abdominale sub-totale supra-vaginale par les procédés ordinaires ; mais 2 de ces opérées décédèrent : l'une le lendemain de l'opération, l'autre quatre mois et demi après l'intervention, ayant eu une fistule avec suppuration prolongée qui amena la mort par cachexie.

Dans les 13 cas d'annexite avec péritonite étendue, réalisant cliniquement ce que nous avons décrit sous le nom de syndrome abdomino-génital.

Deux fois on dut s'en tenir à la cœliotomie simple à cause de l'extension et de la complexité des lésions ; ces 2 malades sortirent du reste de l'hôpital en bon état général et améliorées localement, mais aucune d'elles ne put être revue.

Deux autres fois, on dut se contenter de drainer simplement des collections purulentes du petit bassin. Pour une malade, ce fut une simple colpotomie postérieure que l'on dut répéter trois semaines plus tard mais qui suffit cependant à calmer les accidents aigus immédiats ; il persista pourtant une fistule vaginale, qui s'oblitéra du reste spontanément au bout de quelques semaines, mais de nouveaux troubles réapparaissant, on dut en venir à faire une hystérectomie vaginale.

La deuxième malade traitée par colpotomie dut de plus être drainée par une incision sus-pubienne, mais cette simple opération palliative suffit à améliorer considérablement l'état de la malade et celle-ci ne présentait pas de fistule à sa sortie de l'hôpital.

Deux fois on se contenta de faire une castration incomplète excisant la plus grande partie du moignon tuberculeux et ces 2 opérées guérirent très bien ; l'une conserva une fistule pendant plusieurs années mais fut revue treize ans après en excellent état général.

Dans 8 cas on fit l'hystérectomie. Deux fois par voie vaginale, cette voie du reste déconseillée dans la tuberculose par la majorité des chirurgiens n'a été employée dans les cas que nous rapportons que parce que l'on avait déjà eu l'occasion d'intervenir antérieurement sur cette malade par la même voie ; les résultats furent du reste très bons.

Pour les autres cas on employa toujours la voie abdominale. L'hystérectomie totale fut pratiquée 4 fois, l'hystérectomie sub-totale 3 fois. D'après les comptes rendus opératoires, ce furent toujours des opérations délicates et pénibles, on rencontra des adhérences nombreuses qu'il fallut lever avec précaution, plusieurs fois on ne put éviter la rupture d'une poche purulente, dans ces cas on établit un cloisonnement du petit bassin et un drainage vaginal. L'hystérectomie totale comme l'hystérectomie sub-totale furent responsables l'une et l'autre d'un décès ; mais celui survenu à la suite de la castration totale fut expliqué surtout par la généralisation de la tuberculose qui avait du reste déjà lésé antérieurement d'autres organes puisque l'autopsie a montré dans les poumons des noyaux caséeux en voie de ramollissement. Le décès consécutif à la castration sub-totale, au contraire, est survenu dès le lendemain de l'intervention et paraît bien imputable au choc

opératoire. Il nous faut remarquer à ce propos que les 2 de nos malades qui ont succombé dès le lendemain de leur opération avaient, l'une et l'autre, subi une hystérectomie sub-totale.

Les 2 cas de tuberculose du corps utérin, qui s'accompagnèrent du reste d'annexite tuberculeuse, furent traités par l'hystérectomie abdominale totale et guérèrent très simplement.

En résumé, nous voyons donc en jetant un coup d'œil général sur l'ensemble des interventions qui ont été pratiquées, dans les 29 cas de tuberculose annexielle que nous rapportons, que l'hystérectomie fut l'opération la plus employée ; toujours, sauf 2 fois, par voie abdominale, totale ou sub-totale et les résultats de la totale furent meilleurs. Les opérations conservatrices, c'est-à-dire la castration unilatérale, qui ne devraient être pour certains auteurs qu'un procédé d'exception ont cependant donné des résultats immédiats et secondaires excellents.

La colpotomie ne fut employée que pour évacuer de grosses collections purulentes, ce n'est qu'une opération palliative qui ne doit pas être considérée comme suffisante et risque de s'accompagner de fistules.

Enfin 2 fois on dut s'en tenir à la cœliotomie exploratrice mais n'ayant pu suivre l'avenir de ces 2 malades, nous ne pouvons nous permettre aucune appréciation.

PRONOSTIC

Les différentes statistiques et particulièrement celle de Simmonds (1909) montrent que la tuberculose utéro-annexielle abandonnée à elle-même est d'un pronostic particulièrement *grave* ; dans la plus grande majorité des cas les lésions tuberculeuses s'étendent ou se généralisent, d'autres fois ce sont des complications pulmonaires ou viscérales qui amènent la terminaison fatale, souvent aussi la tuberculose annexielle a pu se transformer en tuberculose ouverte entraînant la mort par cachexie avec dégénérescence amyloïde des viscères ; nous avons dans nos observations 1 cas de mort survenu ainsi par cachexie de suppuration plusieurs mois après l'intervention chirurgicale.

Comme nous ne rapportons dans ce travail que des observations de malades opérées nous ne pouvons donner aucune opinion personnelle sur l'évolution en général des tuberculoses génitales ; de même nous n'avons pas à discuter les résultats du traitement médical puisque tous nos cas ont été traités chirurgicalement.

Ce n'est donc que le pronostic post-opératoire que nous avons à exposer. Il est indiscutablement plus grave pour une annexite tuberculeuse que pour une annexite

banale puisque nous relevons 5 décès sur 29 annexites tuberculeuses opérées soit une portion de 17 %. alors que d'après la statistique annuelle (année 1918) du service du professeur Hartmann la mortalité post-opératoire des annexites banales y compris les malades entrées dans le service en pleine péritonite est de 5 %.

De ces 5 décès :

Deux sont survenus dès le lendemain de l'opération et peuvent être par conséquent attribués à la gravité de l'intervention. La tuberculose ayant amené dans ces 2 cas la production de très nombreuses adhérences fusionnant en une seule masse l'épiploon, l'intestin et les organes génitaux ; le décollement est fort délicat et pénible et l'intervention est longue, difficile et grave. Il est certain que dans ces 2 cas c'est le *shock* opératoire et probablement aussi l'anesthésie prolongée qui sont responsables de l'issue fatale.

Deux autres décès sont imputables à une généralisation de l'infection bacillaire. L'un survint dix-neuf jours après l'intervention chirurgicale et l'opérée présenta pendant les jours qui précédèrent sa mort des signes de méningite tuberculeuse ; l'autopsie ne put être faite, mais ces signes de méningite sont suffisamment nets pour que l'on puisse dans ce cas affirmer la généralisation tuberculeuse. L'autre (obs. 9391) survint onze jours après l'opération au milieu de symptômes de péritonite aiguë et d'infection générale et à l'autopsie on trouva non seulement des granulations disséminées sur tout le péritoine mais encore des noyaux caséeux en voie de ramollissement dans le sommet d'un poumon.

Le 5^e décès est survenu deux mois et demi après l'intervention, l'opérée ayant conservé une fistule suppurant abondamment et ce fut cette suppuration prolongée qui amena peu à peu la cachexie et la mort de la malade. Ici encore par conséquent la tuberculose est directement responsable de l'évolution fatale.

Il est à remarquer que des cas qui paraissaient cliniquement peu favorables au point de vue pronostic ont été considérablement améliorés par l'intervention. La malade qui était atteinte d'une volumineuse pyonéphrose avec annexite tuberculeuse a été revue une année après, dans un bon état général sans troubles urinaires ni génitaux, avec une cicatrice très bonne mais présentant cependant une gomme tuberculeuse en évolution au cou-de-pied droit. Une autre malade (obs. 2343) qui avait présenté pendant de longues années une fistule intarissable fut revue treize ans après l'opération dans un excellent état général. Ces fistules post-opératoires ont été retrouvées sur 4 opérées, certains auteurs donnent une proportion beaucoup plus forte.

Quant à la présence d'une fistule intestinale (obs. 2336) elle n'aggrava en rien le pronostic opératoire, ce qui est contraire à l'opinion émise par Desgouttes en 1913.

Pour apporter une opinion plus précise sur l'état éloigné de nos opérées, plusieurs années après l'opération nous les avons toutes convoquées à l'Hôtel-Dieu ; mais 5 seulement ont répondu à notre appel. Trois étaient en excellent état local et général, ne présentant aucun trouble génital (sauf les bouffées de chaleur qui ont été

constantes pendant quelques mois après la castration totale).

Une recommençait à souffrir du ventre depuis quelques semaines mais l'examen ne révéla aucune lésion en évolution apparente.

Une seule dont nous avons déjà parlé présentait une autre lésion tuberculeuse à distance (gomme du cou-de-pied droit).

Enfin pour 3 malades il fut répondu qu'elles avaient succombé quelque temps après leur sortie de l'hôpital, pour une sa mère spécifie qu'elle est morte de tuberculose « sa maladie, dit-elle, était devenue tuberculeuse », une autre est morte de méningite tuberculeuse, confirmée par la ponction lombaire, et de granulie péritonéale un an après l'opération.

En résumé nous voyons donc que le pronostic de la tuberculose annexielle tel qu'il ressort de nos observations est bien grave comme le disent tous les autres auteurs, et si l'intervention chirurgicale a pu tout de même dans la majorité des cas amener une guérison que nous pouvons considérer comme complète en enlevant un foyer tuberculeux localisé, d'autres fois l'amélioration ne fut que temporaire ; enfin le pronostic opératoire immédiat présente aussi lui-même une gravité plus grande que dans les autres inflammations banales des organes de l'appareil génital.

TUBERCULOSE DU COL DE L'UTÉRUS

C'est une lésion très rare. Chaton, en 1908, n'a pu en réunir que 87 observations; d'assez nombreux autres cas ont été signalés depuis, mais elle reste cependant une rareté. Nous en rapportons 2 cas certains vérifiés par l'examen histologique, et présentant des lésions suffisamment caractéristiques pour que l'on puisse se permettre d'en affirmer la nature tuberculeuse.

La tuberculose du col utérin est tellement différente au point de vue clinique et anatomique des autres lésions tuberculeuses de l'utérus et des annexes que nous avons préféré en grouper l'étude en un petit chapitre spécial.

L'étiologie pourtant est la même que celle des autres tuberculoses génitales, une de nos malades a 26 ans, l'autre 36 ans; c'est toujours bien la période dite d'activité sexuelle. De même la tuberculose du col est très probablement comme les autres exceptionnellement primitive, en effet une de nos malades (obs. 6546) a eu une pleurésie droite à 9 ans et a perdu plusieurs enfants en bas âge de broncho-pneumonie, entérite, et méningite. Quant à savoir quelles sont les influences

qui ont favorisé cette localisation et le développement de la tuberculose cela n'est guère plus net ici qu'autre part ; une de nos malades a eu 4 enfants et une fausse couche, l'autre est nullipare. Les troubles de la menstruation signalés par Desplas comme cause favorissante nous paraissent bien plus imputables aux troubles produits par l'infection générale tuberculeuse. Quant à la coïncidence avec une tuberculose génitale supérieure qui serait la règle pour Chaton nous ne la trouvons dans aucune de nos 2 observations.

La pathogénie a donné lieu aux mêmes discussions que les autres tuberculoses génitales ; il est certain qu'au premier abord la théorie de l'infection par voie ascendante paraîtrait fort tentante, mais rien dans nos observations ne vient cependant l'appuyer ; au contraire, la localisation dans un cas (obs. 18.513) de tubercules autour des vaisseaux serait plus en faveur de l'évolution par voie sanguine.

L'anatomie pathologique est plus spéciale, on sait que Pozzi a décrit 3 formes principales : miliaire, ulcéreuse, bourgeonnante papillaire ; nos 2 observations se rattachent à la même forme c'est-à-dire à la tuberculose bourgeonnante papillaire. Dans nos 2 observations la description macroscopique est à peu près la même, le col est plus ou moins augmenté de volume, sur sa lèvre se trouve implantées des masses mollasses, bourgeonnantes mamelonnées, semblant exulcérées et saignant facilement.

L'ouverture de la cavité utérine montre dans les 2 cas que les lésions remontent un peu dans le canal cervical

mais jamais dans la cavité du corps. Dans nos 2 cas les annexes sont saines.

L'examen histologique montre bien les lésions caractéristiques de cette forme de tuberculose du col. La muqueuse est hyperplasiée et depuis longtemps Pollosson a insisté sur cette hyperplasie pseudo-épithéliomateuse dont le diagnostic histologique même est difficile avec un néoplasme vrai.

Dans nos cas l'examen histologique montre que les lésions sont surtout développées sous la muqueuse endo-cervicale et qu'il existe en ce point une infiltration lympho-conjonctive abondante au milieu de laquelle l'on trouve des cellules géantes peu volumineuses et à topographie péri-vasculaire. Cette infiltration refoule la couche muqueuse et l'envahit. Les glandes, ou bien subissent une hypertrophie considérable et par place des phénomènes de dégénérescence microkystique ; ou bien au contraire sont presque complètement détruites par le processus ulcérant.

La couche épithéliale de revêtement a plus ou moins disparu comme pouvait le faire prévoir l'aspect ulcéré des lésions. La tunique musculaire n'est envahie que dans quelques points par une infiltration lympho-conjonctive d'origine périvasculaire. Dans un de ces points quelques cellules géantes petites situées sur le trajet d'une artère de moyen calibre esquisse un début de follicule. En résumé on observe une infiltration inflammatoire dont la nature tuberculeuse est attestée par la présence de cellules géantes. Cette infiltration s'est développée sous la muqueuse du canal cervical déter-

minant une chute de l'épithélium de revêtement, une hypertrophie glandulaire très marquée; en certains points elle envahit la musculaire, sa topographie est périvasculaire, son aspect dans l'observation XXXI semble répondre à des lésions au début de leur évolution.

Dans le tableau clinique, les signes physiques seuls sont spéciaux. L'état général est resté bon chez nos 2 malades; les signes fonctionnels n'ont rien de bien particulier sauf les pertes qui dans un cas sont de véritables métrorragies pouvant faire penser à un avortement (obs. 6546), dans l'autre une leucorrhée tantôt claire, tantôt teintée d'un peu de sang (obs. 18513); à ces pertes viennent se joindre des troubles menstruels plus ou moins accentués. Nos malades ne se plaignent d'aucune douleur.

Les signes objectifs fournis par le toucher et l'examen au spéculum sont bien plus caractéristiques dans nos 2 cas, ainsi que nous l'avons déjà dit ils répondent à la variété clinique décrite sous le nom de forme végétante. Au toucher on trouve sur les bords de l'orifice cervical des irrégularités constituées par de petites masses mollasses, mamelonnées, fongueuses donnant au doigt une sensation élastique et irrégulière, de plus dans nos 2 observations il est signalé que cet examen détermine un suintement sanguin, assez abondant même dans l'une (obs. 18513). A l'examen au spéculum on voit le col hypertrophié avec sur sa circonférence des sortes de végétations molles, exulcérées, roses et saignantes.

Le diagnostic clinique sera toujours fort difficile, surtout dans cette forme végétante, l'on conçoit combien en présence de pertes rouges ou roses et de la tuméfaction irrégulière et saignante du col on songera de suite soit à un épithélioma soit à des végétations de métrite. Pour faire le diagnostic de tuberculose il faut d'abord y songer comme le dit Pollosson, car la tuberculose du col est une rareté et l'on est bien plus enclin à porter le diagnostic de cancer. Y a-t-il quelques signes qui permettraient le diagnostic? En tout cas ce n'est ni dans l'histoire de la malade ni dans les signes fonctionnels que l'on trouvera des renseignements utiles. L'examen physique sera plus précieux. Petit-Dutaillis insiste sur l'aspect mamelonné des lésions, Pollosson et Violet notent l'élasticité au toucher, l'aspect rose de ces petites végétations recouvertes de mucus ; mais ce qui attire l'attention est plutôt un caractère négatif et comme nous le dit l'autre jour notre maître M. Hartmann, à propos d'un de nos 2 cas (obs. 18513) ce qui fait penser à la tuberculose c'est que les lésions que l'on constate ne répondent ni aux végétations d'une métrite banale, ni aux végétations d'un cancer du col, on a l'impression tant au toucher qu'à la vue, de quelque chose qui n'étant ni de la métrite ni du cancer est, peut-être, de la tuberculose.

Le diagnostic histologique par biopsie seul tranchera le diagnostic, et encore pas toujours car M. Pollosson a bien montré les difficultés qu'il y aurait à différencier l'hyperplasie épithéliale pseudo-épithéliomateuse de la tuberculose d'un épithélioma vrai. Bien

plus Ducuing et Rigaud disent que l'on ne peut affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion cervicale qu'après constatation du bacille de Koch et inoculation positive au cobaye.

Le traitement dans nos 2 cas fut l'hystérectomie vaginale qui se fit du reste facilement et donna de bons résultats.

OBSERVATIONS

Obs. I (*inédite*). Observation n° 1387 du service du professeur Hartmann (résumée). **Péritonite tuberculeuse ascitique.**

M^{me} N..., 26 ans, sténographe. Entrée le 19 juillet 1904, pour ventre augmenté de volume. Début des accidents le 29 mars par de violentes douleurs lombaires s'atténuant peu à peu ; en quelques jours, le ventre augmentait progressivement.

Amaigrissement et diarrhée sans douleurs.

Consultation à Lariboisière le 16 juillet.

Douleurs lombaires et abdominales existent encore.

Antécédents familiaux : Frère mort bacillaire.

Antécédents personnels : réglée à 14 ans. Pas de maladie antérieure.

Examen à l'entrée : Souffre du ventre par petites crises.

Inspection : Ventre gros, ombilic déplissé, circulation collatérale.

Palpation : sensation de flot.

Percussion : confirme le diagnostic d'ascite libre. Foie et rate légèrement augmentés.

Poumon : submatité à droite, respiration moins forte.

Opération : 2 août 1904 (Prof. Hartmann).

Laparotomie sous-ombilicale médiane.

Péritoine pariétal épaissi au moins 1 centimètre, couvert de granulations tuberculeuses sur le péritoine pelvien, particulièrement au niveau du fond de l'utérus, et annexes également recouverts de granulations de la taille d'un grain de millet.

Trompe un peu grosse, ovaires normaux.

Issue d'une très grande quantité de liquide citrin.

Suites opératoires : normales.

Sortie le 25 août en bon état.

Obs. II (inérite). Observation 2336 du service du professeur Hartmann. **Salpingite suppurée tuberculeuse ouverte dans le côlon pelvien.**

G..., sténographe, âgée de 28 ans, entrée dans le service le 15 mars 1906 pour douleurs abdominales et issue de pus par l'anus.

Histoire de la maladie : En décembre 1901, vers le 20 décembre début brusque de douleurs très violentes dans la partie droite de l'abdomen, un médecin porte le diagnostic d'appendicite mais en faisant quelques restrictions. Il n'y eut pas de vomissements, le ventre était un peu gros surtout du côté droit.

Traitement : massages, lavements, cataplasmes.

Le médecin dit à la malade de surveiller l'état de ses matières.

En février 1902, la malade remarqua un peu de pus dans ses selles et un autre médecin consulté alors lui dit qu'elle avait un abcès dans le petit bassin et lui conseilla d'entrer à l'hôpital. La malade ne suivit pas ce conseil et resta plusieurs mois couchée chez elle, conservant une douleur non continue mais violente, survenant par crise, localisée principalement dans la moitié

droite de l'abdomen au-dessous de l'ombilic ; deux fois elle eut des vomissements, plusieurs fois elle remarqua du pus dans ses selles.

Pendant toute l'année 1902 la malade continua à souffrir dans la même région, la marche provoquait une douleur aiguë, elle constata par intermittence de « l'humeur » dans ses selles, elle était très fatiguée.

En 1903 et 1904 la malade resta très fatiguée mais n'eut pas de crise douloureuse aiguë, elle ne remarqua plus de pus dans ses selles.

L'année 1905 se passa de même lorsque brusquement le 15 décembre la malade ressentit une violente douleur dans le côté droit et bientôt généralisée à tout l'abdomen.

Le 16 décembre reparut du pus d'abord mélangé aux matières d'une selle, puis rendu seul (environ deux cuillerées à soupe).

En janvier 1906 la malade continua à souffrir beaucoup, elle raconte avoir remarqué à ce moment à la palpation de l'abdomen une boule de la grosseur d'un œuf, située un peu à droite de la ligne médiane, et la malade précise qu'il lui paraît que cette boule diminuait de grosseur chaque fois qu'il y avait de l'humeur dans ses selles.

Le mardi-gras la malade, s'alimentant plus que de coutume, eut le lendemain une crise douloureuse violente et le médecin qu'elle consulta alors, lui conseilla une intervention chirurgicale.

Antécédents familiaux : Mère morte de fluxion de poitrine à 43 ans, en quelques jours ; une sœur et un frère bien portants.

Antécédents personnels : A 8 ans, fièvre muqueuse, depuis 17 ans constipation opiniâtre durant parfois quatre jours. Réglée à 17 ans régulièrement. En septembre 1905 bronchite durant

trois semaines, toux, crachats verdâtres, température 38° à 39°, depuis continue à tousser. Quelques sueurs nocturnes, amaigrissement.

Etat à l'entrée : La malade souffre par crises surtout la nuit, toujours dans la même région, parfois sensation de torsion de l'intestin, d'autres fois irradiation dans la région lombaire. Pesanteur dans le bas-ventre pendant la miction. Du pus sort par le rectum au moment de la défécation, d'abord mélangé aux matières, puis issue de pus sans selle.

Examen de la malade : A l'inspection on remarque une voussure de la paroi abdominale à la limite de la région hypogastrique et de la fosse iliaque droite. La palpation permet de sentir une masse dure difficile à délimiter, douloureuse, offrant une certaine rénitence particulièrement dans sa partie supérieure, remontant en haut jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic, disparaissant en bas dans le petit bassin étendue à droite jusqu'à trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro supérieure, à gauche débordant peu la ligne médiane. A la percussion toute cette zone est mate et douloureuse.

Au toucher vaginal, le col est petit à orifice regardant en bas et en arrière ; à droite de lui on trouve une masse très dure, douloureuse qui semble se continuer avec tuméfaction abdominale. Il est difficile de préciser la situation du corps utérin qui semble fusionné avec cette masse abdomino-pelvienne. A l'examen des poumons on trouve disséminés quelques râles fins à la fin de l'inspiration surtout après avoir fait tousser la malade.

Le 22 mars la malade ayant été purgée rend beaucoup de pus avec ses matières. La masse abdominale ne paraît pas s'être modifiée.

Par le toucher vaginal on sent mieux en arrière du col une

masse, dure, fixe, douloureuse, se continuant dans la tuméfaction du cul-de-sac droit.

Le 26 mars au soir, issue par le rectum à l'occasion d'une selle, de la valeur d'une cuillerée à café de pus mélangé de sang rouge, de quelques caillots.

Le 2 avril 1906. *Opération* par le professeur Hartmann. Incision sous-ombilicale : On ne distingue au premier moment rien dans le magma qui émerge du bassin et s'étend de la paroi abdominale antérieure au côlon iliaque. On voit cependant une volumineuse poche kystique à paroi transparente, à contenu citrin, en la ponctionnant on retire $3/4$ de litre d'un liquide citrin et filant.

On remarque alors qu'au-dessus de cette poche se trouve une masse arrondie à parois épaisses située presque sur la ligne médiane qu'elle déborde même un peu à gauche cachant l'utérus, la ponctionnant en retire du pus. En arrière cette poche adhère au côlon pelvien, on sépare les deux organes en s'aidant du bistouri et on arrive finalement sur l'orifice de communication qui a la dimension d'une grosse sonde cannelée.

Enfouissement de la perforation au catgut.

La dissection de la poche semblant des plus pénibles on excise la partie saillante et on suture son fond à la paroi abdominale.

Examen macroscopique des parois de la poche excisée. Apparence charnue, épaisse de 1 cent. $1/2$, face interne mamelonnée, rougeâtre.

Suite opératoire bonne, au 10^e jour garde-robe par l'anus.

Ablation des fils, légère suppuration au niveau de l'orifice du drain jusqu'au 17^e jour.

Sortie le 25^e en bon état.

Obs. III (inédite). Observation à M. le professeur Hartmann (n° 2343). **Salpingite tuberculeuse avec pelvi-péritonite.**

M^{me} M..., 23 ans, vient consulter pour douleurs abdominales.

Le 14 mars 1907, la malade a été prise brusquement la nuit d'une crise douloureuse de colique généralisée à tout l'abdomen. Le lendemain matin sa température était à 37°4 ; et après une purgation, elle paraissait mieux portante le soir. La nuit suivante, nouvelle colique plus violente encore, puis la douleur se localise dans la fosse iliaque gauche, état sabural de la langue, pas de ballonnement du ventre, région iliaque gauche mate à la percussion, tumeur en boudin, selles fétides, on pense à infection d'origine intestinale.

Un mois après le début, faisant un examen génital, on trouve le col immobilisé et les culs-de-sac antérieur, latéral gauche et postérieur bombant formant une sorte de bourrelet œdémateux. La matité et la douleur dans la fosse iliaque persistent. La malade reste au repos quelque temps, puis vient à Paris consulter.

Antécédents familiaux : Grands-parents morts de tuberculose, une sœur morte de tuberculose rénale.

Antécédents personnels : Scarlatine, varicelle dans l'enfance. Toujours bien portante jusqu'à la maladie actuelle. Bien réglée, règles douloureuses, violentes coliques, légère leucorrhée même jeune fille, mariée à 20 ans 1/2, un peu d'obésité.

Examen à l'entrée : Douleur un peu diminuée, mais réapparaissant quand la malade veut aller à la selle. Température : 38°6, 37°9, état général resté bon, « a perdu des couleurs », appétit reprend.

Inspection : Ventre surchargé de graisse, un peu saillant, sans déformation appréciable.

Percussion : Partout sonore sauf au niveau de la moitié gauche de l'hypogastre où sonorité diminuée.

Palpation : Épaisseur de la graisse sous-cutanée gêne, on sent cependant une tumeur arrondie assez difficile à délimiter, un peu sensible à la pression, située à la ligne médiale.

Toucher vaginal : Col régulier, peu volumineux, à orifice arrondi de nullipare porte la masse à gauche absolument immobile. En arrière de lui le cul-de-sac postérieur a conservé sa profondeur mais est doublé par une poche un peu dépressible et douloureuse à droite, plus dure et moins douloureuse à gauche. Les mouvements imprimés à la masse abdominale se transmettent à l'induration du cul-de-sac postérieur. Corps impossible à trouver, perdu dans la tumeur abdominale.

Opération le 14 mai (Prof. Hartmann). L'opération est assez pénible, il existe de la pelvipéritonite avec des foyers caséeux, en d'autres points de véritables petits abcès froids. L'ablation des annexes est un peu irrégulière. L'utérus est laissé. Drainage.

Suites opératoires : Suppuration de l'orifice du drainage. Chute de la température.

Le 8 mai constatation nette de gaz sortant par la plaie après coliques.

Le 10 et le 13 mai ablation des fils.

Le 12 juillet 1907 sortie de la maison de santé, bon état général, mais conservant fistule.

Le 3 août 1907 fistule persiste.

Le 12 décembre 1907 réapparition des règles s'accompagnant d'un suintement sanguin par l'orifice fistuleux.

En 1914, la malade revue dit avoir été régulièrement réglée tous les trois mois, puis arrêt complet. Fistule fermée.

Le 7 février 1920 la malade après une interruption de cinq ans et demi a vu ses règles réapparaître au mois de janvier dernier, écoulement sanguin normal durant huit jours.

État général floride. 97 kilos. A eu quelques douleurs abdominales localisées à gauche.

Rien d'anormal au palper ni au toucher.

Obs. IV (inédite). Observation n° 3093 du service du professeur Hartmann. **Salpingite bilatérale tuberculeuse.**

M^{me} P. S..., âgée de 47 ans, ménagère, entrée le 27 juin 1917, pour douleurs dans le ventre en bas et à gauche.

Depuis un an la malade a cessé d'avoir ses règles et depuis souffre tous les huit jours d'une crise douloureuse, débutant par brusques frissons, douleurs, vomissements; douleur presque syncopale siégeant à gauche irradiée à tout l'abdomen. Ecoulement vaginal jaune assez abondant sentant mauvais.

A maigri de 10 kilos en six mois.

Troubles de la miction, pollakiurie (10 fois par jour), moins la nuit.

Antécédents familiaux : Père mort à 55 ans d'un cancer de l'estomac.

Mère morte à 72 ans d'albuminurie.

Six frères et sœurs. Un mort d'affection pulmonaire aiguë.

A eu 3 enfants. Un mort à 9 mois de la coqueluche. L'autre mort à 10 ans de la tuberculose. Le troisième vivant.

Mari bien portant.

Antécédents personnels : Rougeole. Fièvre typhoïde à 16 ans.

La malade présente en outre à la partie antérieure du thorax près du sternum une cicatrice ancienne d'abcès froid.

Réglée à 19 ans, régulièrement, souffre au début de ses règles très abondantes, durant huit jours.

Un enfant à 21 ans. Phlébite bilatérale, règles toujours abondantes et douloureuses.

Deuxième enfant à 26 ans. Troisième à 27 ans.

A 32 ans pertes abondantes, curettage, douleurs continuelles dans le côté gauche.

Examen à l'entrée: Inspection ventre d'aspect normal. Toucher vaginal. Col regardant en bas et en arrière, cicatrice sur lèvres postérieure, utérus immobile. Cul-de-sac postérieur rétréci, cul-de-sac gauche empâté et douloureux.

Urines : trace d'albumine.

Le 29 juin 1907 *opération* par le Dr Okinczyc. Laparotomie médiane sous-ombilicale, utérus et annexes adhérent dans petit bassin ; adhérences péritonéales très nombreuses, décollement laborieux.

Annexes droites volumineuses. Hystérectomie totale par procédé de Kelly en commençant par le côté droit.

Drainage vaginal, cloisonnement du petit bassin.

Examen macroscopique de la pièce: Utérus petit avec traces d'adhérences, rien de particulier. Trompe droite, forme une masse de la grosseur du poing.

A la coupe on trouve la surface interne très irrégulière, tomenteuse et bourgeonnante, de bourgeons très saillants et très vasculaires rappelant grossesse tubaire ancienne.

Trompe gauche plus petite, même aspect.

Examen histologique (Dr Lecène). Tuberculose annexielle avec follicules tuberculeux typiques dans la paroi des trompes.

Après son opération la malade conserve une fistule ouverte à la partie inférieure de la cicatrice, fistule à bords violacés un peu décollés, par laquelle s'écoule du pus jaune un peu verdâtre.

Le 10 octobre 1907. La suppuration continue, la malade a considérablement maigri et son état général est très faible.

Le 6 septembre 1907. Décès par cachexie progressive. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. V (inédite). Observation n^{os} 3619 et 4332 du service du professeur Hartmann. **Fistule inguinale par tuberculose annexielle.**

G... lingère, âgée de 39 ans, entrée à l'hôpital le 15 janvier 1908 pour une fistule siégeant au niveau de l'aîne gauche.

Quinze mois environ avant son entrée à l'hôpital, vers le mois d'octobre 1907, apparut sans cause appréciable un léger gonflement de la jambe et de la cuisse gauche remontant jusque vers la fesse, et surtout un point douloureux très aigu au-dessus du pli de l'aîne gauche. Les douleurs augmentèrent peu à peu et furent considérées comme des rhumatismes.

En janvier 1908 les douleurs de la jambe et du genou disparurent, mais il se produisit une tuméfaction à la face antérieure de la cuisse, s'étendant en dehors jusqu'à la partie externe de la hanche, remontant en haut au-dessus du pli de l'aîne. Cette tuméfaction augmente petit à petit de volume et la peau à son niveau devint rouge. Elle devint très douloureuse, lancinante, empêchant parfois la malade de dormir, la mobilisation et la marche étaient si douloureuses que la malade fut obligée de s'aliter complètement.

Au bout de trois mois cette tuméfaction rouge violacée devint violette presque noire, un médecin fit une incision, qui

donna issue au dire de la malade, d'abord à des gaz puis à une grande quantité de sang noirâtre. On mit un drain et le lendemain apparut du pus jaune non fétide. Le drain fut enlevé huit jours après, mais la malade ne pouvait pas mobiliser son membre inférieur et fut obligée de se servir de béquilles pendant presque un mois.

En octobre 1907 la tuméfaction persistait, toujours suppurante, puis elle disparut, mais il persista une fistule par laquelle s'échappait un pus jaune verdâtre, que l'on pouvait faire apparaître par la pression de la fosse iliaque interne. Par cette fistule, sans aucun effort, il s'échappait souvent des gaz fétides et la malade dit avoir remarqué que cela se produisait lorsqu'elle était constipée. Jamais il ne s'est rien échappé ressemblant à des matières fécales.

Examinée en janvier 1908 (obs. 3619). La malade se présente avec un état général bon. A l'inspection on constate que la partie supérieure de la cuisse gauche est un peu élargie, que le pli inguinal est moins marqué que du côté opposé. Dans le pli on voit une cicatrice qui commence au niveau de sa partie interne et s'étend jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-inférieure.

A la partie externe de la cicatrice existe une ulcération à bords un peu décollés, présentant plusieurs orifices fistuleux par lesquels sort un pus séreux mélangé par moment de bulles gazeuses sans odeur.

A la palpation on ne sent aucune induration, aucun épaississement au niveau de la cuisse, mais dans la fosse iliaque gauche on trouve une tuméfaction profonde plaquée contre l'os iliaque, douloureuse à la pression, remontant jusque vers la crête iliaque.

Cet examen amène l'issue par la plaie d'une assez grande quantité de pus. Au palper de la fosse iliaque externe rien de particulier, ni tuméfaction ni douleur. A la palpation de la crête iliaque un point douloureux à la partie postérieure.

Le mouvement de flexion de la hanche et ceux de rotation s'exécutent librement : l'adduction forcée détermine un peu de douleur dans le ventre, l'abduction est limitée et provoque de la douleur.

Rien de particulier dans les matières fécales. Un peu de constipation.

La recherche de la communication de la fistule avec l'intestin par un lavement ioduré et empois d'amidon autour de l'orifice a donné un résultat négatif.

Antécédents familiaux : Père bien portant, mère morte en couches. Dix-sept frères et sœurs dont 9 vivants.

Antécédents personnels : Bien réglée. A eu 2 enfants, l'un mort à 3 ans d'une méningite, l'autre mort-né (au 7^e mois). Après le premier accouchement métrite et phlébite de la jambe droite.

Le 21 février 1908, *opération* par le professeur Hartmann. Un béniqué malléable introduit dans le trajet se dirige en haut. Large débridement parallèle à l'arcade crurale et à la crête iliaque un peu en dedans. La cavité suppurante n'est pas entre le muscle iliaque et l'os, mais entre le muscle et l'intestin, on ne sent aucun point osseux dénudé. Curettage, tamponnement à la gaze iodoformée avec drain à la partie supérieure de l'incision.

Le 9 mars petit débridement.

Le 18 avril la malade sort de l'hôpital conservant toujours son trajet fistuleux.

Le 18 octobre 1908 la malade est prise la nuit de douleurs intestinales violentes qui durent huit heures et au dire de la malade il sortit par la fistule des matières fécales en petite quantité et des gaz en abondance, puis un soulagement survint.

Les jours suivants les douleurs persistèrent mais moins violentes et les gaz continuèrent à faire issue par la fistule.

Le 19 octobre, la malade eut ses règles d'une façon très abondante ; depuis le mois de janvier elles étaient très irrégulières, complètement suspendues de janvier à avril, puis d'avril à juin ; en juin elle les eut deux fois, et les autres mois présentèrent de grandes irrégularités.

Le 22 octobre 1908 la malade entre de nouveau à l'hôpital. *Examinée* à cette date (obs. 4332) la malade présente dans le pli inguinal gauche une cicatrice déprimée sur laquelle se voient deux orifices fistuleux, dont le pourtour est bosselé, violacé et qui donnent passage à des gaz, et du pus.

A la palpation toute la fosse iliaque gauche est douloureuse et empâtée, sans limites nettes.

(Le résultat du toucher vaginal n'a malheureusement pas été transcrit sur les feuilles d'observation.)

Etat général assez bon, pas de température.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine. Matières fécales d'aspect normal.

Le 6 décembre 1908 : *opération* par le professeur Hartmann. Fermeture de la fistule inguinale par un surjet à la soie. Puis incision médiane sous-ombilicale, l'épiploon, l'utérus adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. On les dissocie et l'on constate que partant de l'utérus et allant dans la fosse iliaque gauche, se fusionnant avec le côlon iliaque d'une part, avec le pli

inguinal d'autre part, il existe une masse grisâtre informe, dépressible, paraissant faire corps avec la fosse iliaque.

En arrière et en dedans des anses grêles viennent lui adhérer. A droite les annexes sont enflammées mais non suppurées, on décide de les laisser. Le fond du cul-de-sac recto-utérin est libre. Amorçant avec le bistouri le décollement de la masse annexielle gauche d'avec le côlon iliaque et plus bas d'avec les anses grêles, on crève la poche, il en sort un peu de pus.

On libère l'intestin. Puis on sépare avec le doigt la masse annexielle de la face postérieure du ligament large; à ce moment se rompent de petits kystes, puis on pince et lie en dedans et en dehors. On ramène l'épiploon, drain, mèche iodoformée, fermeture au fil d'argent.

Puis curettage du trajet fistuleux, mèche iodoformée.

Examen macroscopique de la pièce : En coupant la masse infirme enlevée on ne reconnaît ni trompe ni ovaire, mais une cavité fongueuse contenant un peu de pus et correspondant d'après sa situation à la trompe; au-dessus une masse d'apparence fibro-œdémateuse avec une série de noyaux caséeux.

Suites opératoires : Le 16 décembre on enlève les fils d'argent mais la plaie suppure, il paraît même sortir des gaz par la plaie. La plaie se cicatrice peu à peu et la malade sort en bon état le 23 janvier 1909.

La malade revue le 5 mars 1910 par le Dr Hartmann était dans un très bon état général mais il persistait à la partie inférieure de la cicatrice une fistulette par où sortait quelquefois un liquide peu teinté et quelques gaz même au dire de la malade. En outre la malade a en évolution une gomme tuberculeuse à la face interne du cou-de-pied gauche.

Obs. VI (inédite). Observation n° 3905 du service du professeur Hartmann. **Annexité double suppurée. Péritonite tuberculeuse.**

M^{me} M..., âgée de 26 ans, entrée le 9 mai 1908, pour douleurs abdominales et pertes rouges.

Depuis 1904 douleurs dans le ventre et pertes blanches.

Depuis seize mois ménorragies obligeant la malade à garder le lit. Pertes blanches entre les règles surtout avant et après. Douleurs qui se font sentir dans le bas-ventre, plus vives au moment des pertes.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans; d'abord tous les quinze jours pendant trois ans, puis régulièrement toujours longtemps et abondantes.

Antécédents familiaux : Rien à noter.

Examen à l'entrée : Palper : ventre dur, empâtement hypogastrique. Au toucher : Col petit, régulier, à orifice admettant l'extrémité de la pulpe de l'index regardant dans l'axe du vagin. Corps petit, antéflexion normale, le tout fixe et douloureux. En arrière et à droite du col, séparé de lui par un sillon, masse un peu bosselée, rénitente qui s'étend jusqu'à la paroi de l'excavation, douloureuse. En avant et à gauche du col masse plus petite, plus mobile, moins douloureuse.

Opération : 29 mai 1908 (Prof. Hartmann). Incision médiane sous-ombilicale.

Epiploon adhérent à la paroi abdominale un peu au-dessus du pubis et aux deux fosses iliaques empêchant tout accès direct sur l'excavation. Décollement.

Toute l'excavation recouverte de granulations tuberculeuses.

Péritoine rétro-vésical adhère à l'utérus. Décollement.

Les annexes forment des deux côtés des tumeurs adhérent à la face postérieure des ligaments larges.

Ablation : Section du col utérin, péritonisation, réunion sans drainage.

Examen de la pièce opératoire : Le péritoine recouvrant le fond de l'utérus et les annexes est semé de granulations d'aspect tuberculeux, les trompes contiennent du pus.

Suites opératoires : Malade sortie de l'hôpital complètement cicatrisée, en bon état général.

Obs. VII (*inédite*). Observation n° 4825 du service du professeur Hartmann (résumée). **Double annexite tuberculeuse.**

M^{me} D..., âgée de 23 ans, journalière, entrée le 11 août 1909, pour douleurs dans le ventre.

Début en avril 1908 de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen surtout fosse iliaque gauche.

Amélioration par vingt et un jours de lit. Mais les règles depuis cette date sont douloureuses, peu abondantes et durent trois jours.

Le 25 mars 1909 nouvelle crise de douleurs siégeant à gauche. Pas d'antécédents notés.

Examen à l'entrée : Pas de fièvre : 37°6. Ventre souple peu douloureux.

Toucher : en arrière du col de chaque côté du corps qui est de dimension normale en antéflexion, on sent une masse grosse comme une mandarine, adhérente à la paroi pelvienne dure, résistante, peu mobile.

Poumon : Sommet droit submatité, respiration rude.

Opération le 13 août 1909 (Dr Lecène). Hystérectomie abdominale subtotale sans drainage. Le péritoine pariétal et le côlon sont recouverts de petites granulations tuberculeuses.

Les deux trompes sont du volume d'une grosse mandarine.

L'utérus est recouvert de granulations tuberculeuses.

Ovaires paraissant sains.

Corps utérin sans lésion apparente.

Sortie le 18^e jour guérie.

Obs. VIII (*inédite*). Observation n° 4954 du service du professeur Hartmann. **Pyonéphrose tuberculeuse gauche fermée, et tuberculose nodulaire de la trompe droite.**

B..., couturière, 33 ans, entre à l'hôpital le 27 mai 1909 parce que son ventre a augmenté de volume.

C'est vers mars 1909 que la malade remarqua pour la première fois que son ventre était un peu plus gros à gauche qu'à droite, puis depuis avril elle ressent une lourdeur dans le côté gauche de l'abdomen. Dans la première quinzaine de mai, cette tuméfaction, au dire de la malade se mit à grossir rapidement, il n'y eut jamais de douleurs vraies mais une simple sensation de pesanteur. Les règles continuèrent à être normales, pas de pertes blanches.

Il n'y eut jamais de trouble de la miction.

La malade habituellement constipée ne le devint pas davantage.

Antécédents familiaux : rien de signalé.

Antécédents personnels : réglée à 17 ans, règles toujours en avance de sept ou huit jours, peu abondantes, non douloureuses.

Examen de la malade le 28 mai 1909.

Inspection : Ventre asymétrique. La partie gauche de la portion sous-ombilicale de l'abdomen soulevée par une masse allongée de bas en haut et de dedans en dehors.

Palpation : Cette masse est dure, régulière, bilobée, remplit la fosse iliaque gauche, remonte en haut jusqu'à l'ombilic et se prolonge dans le flanc.

Toucher vaginal : Col ouvert à orifice admettant l'extrémité du doigt, regardant dans l'axe du vagin. Les mouvements imprimés au col ne se transmettent pas à la tumeur abdominale. Plaçant la malade en position élevée du bassin on constate que la tumeur abdominale sort de l'excavation laissant un large espace (6 cent. environ) entre sa limite inférieure et le pubis. A droite dans le petit bassin, petite tumeur dure, mobile, qui semble à la fois indépendante du col et de la tumeur abdominale.

Les urines sont claires, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 2 juin 1909. *Opération* par le Dr Hartmann. Incision médiane d'ombilic à pubis. On voit de suite une grosse tumeur bosselée, grisâtre, soulevant le péritoine postérieur; débridant transversalement à gauche de la demi-largeur du muscle droit on peut inciser le péritoine postérieur en dehors du côlon ascendant puis on commence à énucléer la tumeur. Elle se clipe facilement en avant, mais en introduisant la main derrière, elle se rompt et laisse couler du pus épais.

On ferme l'orifice avec une pince de Richelot, puis on amène progressivement la tumeur au dehors. De sa face postérieure se détache une sorte de pédicule que l'on pince, sectionne et lie.

En examinant l'utérus et les annexes on trouve à droite la trompe présentant de son origine utérine à son pavillon cinq nodules du volume d'un pois, jaunâtres, faisant penser à des tuber-

cules. Ablation des annexes de ce côté. A gauche elles paraissent saines.

Marsupialisation de la poche qui est drainée. Fermeture du péritoine sans drainage.

Examen macroscopique des pièces : La tumeur principale est constituée par une poche énorme avec quelques cloisons fibreuses, lisses, remplies d'un pus par place liquide, le plus souvent épais et caséux et paraît être un rein présentant une volumineuse pyonéphrose tuberculeuse fermée. Un nodule de la trompe que l'on coupe est caséux encore assez solide. Sur l'ovaire on voit une petite saillie du volume d'un gros grain de chènevis, qui examinée à la loupe, est végétante.

Suites opératoires normales, sortie guérie le 22 juin 1909.

Revue par le Dr Hartmann le 18 mai 1910 en très bon état ayant des urines claires. Les règles ont été très peu abondantes pendant les premiers mois, sont redevenues normales depuis trois mois. Cicatrice abdominale irrégulière, mais sans éventration. La malade a engraisé de 6 kilogrammes.

Obs. IX (inédicté). Observation n° 5024 du service du professeur Hartmann (résumée). **Double annexite tuberculeuse. Péritonite.**

M^{me} H..., âgée de 26 ans, entrée le 6 juin 1907, pour douleurs dans le bas-ventre et règles douloureuses avec retard variant de quatre à huit jours. Il y a vingt-deux mois accouchement normal. Depuis pertes blanches et quelques douleurs dans le bas-ventre.

Examen à l'entrée : Ventre plat, peu souple, vergetures.

Palpation : Fosses iliaques douloureuses surtout à droite.

Toucher douloureux. Masse douloureuse de la grosseur d'une noix à droite, d'une noisette à gauche.

Antécédents personnels : Deux enfants morts de gastro-entérite.

Réglée à 13 ans, retards irréguliers.

Gros rhumes tous les hivers.

Antécédents familiaux : Père mort de péritonite tuberculeuse, mère bien portante, 63 ans.

Opération le 22 juin 1909. (Dr Lecène.) Hystérectomie abdominale totale, drain vaginal et drain abdominal.

Intestin et épiploon adhérents aux annexes et fond d'utérus couverts de granulations tuberculeuses.

Les ovaires sont peu augmentés de volume mais couverts de granulations tuberculeuses.

Les trompes oblitérées contiennent du pus séreux.

Suites opératoires : La malade est sortie de l'hôpital en bon état général et local.

Obs. X (inédite). Observation n° 5133 du service du professeur Hartmann (résumée). **Annexite tuberculeuse.**

M^{me} B..., âgée de 23 ans, entrée le 19 juillet 1909, pour douleurs abdominales et pertes. La malade a fait une fausse couche le 11 avril, suivie de pertes rouges, jusqu'au 7 mai, puis blanches grisâtres depuis le 10 juillet, de temps en temps encore quelques pertes rouges.

Examen à l'entrée : Ventre normal ; fosse iliaque douloureuse surtout à gauche. Au toucher : Col entr'ouvert, corps utérin médian, remontant à 3 travers de doigts au-dessus de la symphise. Les culs-de-sac sont douloureux surtout le droit.

Antécédents familiaux : Rien de spécial à noter.

Antécédents personnels : Régée à 15 ans, rien à noter.

Examen du cœur et du poumon : normaux.

Opération (Dr Lecène) 29 juillet 1909. Hystérectomie abdominale totale. Les trompes des deux côtés sont bourrées de noyaux durs, à contenu caséux. Ovaires kystiques. Péritoine semé de granulations tuberculeuses dans tous le pelvis, un peu de liquide dans le péritoine.

Suites : 18 août 1909. La malade sort de l'hôpital en excellent état général et local.

Obs. XI (*inedite*). Observation n° 5316 du service du professeur Hartmann (résumée). **Annexite double tuberculeuse. Appendicite.**

M^{lle} P..., âgée de 18 ans, mécanicienne, entrée le 11 octobre 1909, pour douleurs dans le bas-ventre. Début il y a huit mois, par douleurs intermittentes puis augmentant forçant la malade à interrompre son travail.

Douleurs vives irradiant dans les lombes, revenant à heure fixe, obligeant la malade à garder le lit.

Pertes blanches très abondantes empesant le linge depuis un an.

Antécédents familiaux : Rien de signalé.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans, d'abord normalement, sans douleurs, à 16 ans règles deviennent douloureuses.

Dernières règles : 23 septembre, avant-dernières 17 août.

Examen à l'entrée : Ventre d'aspect normal.

Palpation : Abdomen souple non douloureux.

Toucher : Col petit, orifice dans l'axe du vagin, un peu mou,

dans le cul-de-sac antérieur on sent une masse dure, indolente, régulière, se continuant à gauche avec une autre masse dure lobulée adhérente indolente.

En arrière sur la ligne médiane 3^e masse, le tout mobile avec le col et complètement indolore.

Opération par le professeur Hartmann, 20 octobre 1909. Incision sous-ombilicale, quelques adhérences de l'épiploon, tumeur arrondie formée par les annexes droites, annexes gauches complètement fusionnées aux parties latérales de l'utérus. Castration abdominale totale.

Appendice enflammé et adhérent, enlevé.

Examen de la pièce opératoire: Sur la coupe série de noyaux caséux d'aspect nettement tuberculeux.

Suites opératoires normales.

Malade sortie guérie.

Obs. XII (inédite). Observation n^{os} 5405-5639-5853, du service du professeur Hartmann (résumée). **Péritonite tuberculeuse avec collection suppurée dans le cul-de-sac recto-vaginal.**

M^{me} D..., 21 ans, entrée le 9 novembre 1909, pour douleur dans l'abdomen ayant brusquement débuté en octobre dernier par crises accompagnées de vomissements, puis la crise aiguë se calme sous l'influence de la glace et après l'apparition des règles. L'abdomen reste sensible surtout dans la fosse iliaque gauche.

La température atteignit parfois, le soir 39° et le matin elle était toujours à 37°.

Amaigrissement, constipation.

Antécédents personnels: « Refroidissement » à 12 ans. Réglée à 13 ans ; normales, plus abondantes depuis cinq ans.

Antécédents familiaux : Père et mère bien portants, sœur morte à 18 ans d'épuisement, une autre à 24 ans de refroidissement, 5 sœurs et 2 frères bien portants.

Examen à l'entrée : Léger météorisme.

A la palpation on sent dans les deux fosses iliaques gauche et droite une induration profonde et douloureuse large de 4 travers de doigts sur 3. Induration mate à la percussion.

Toucher vaginal : impossible : vierge.

Toucher rectal : masse bombant sur paroi antérieure.

Auscultation : Respiration plus faible à gauche qu'à droite.

Le 21 novembre, fièvre persistante à grandes oscillations, ventre saillant dans sa moitié inférieure.

Au palper dans la fosse iliaque gauche, tuméfaction de forme générale arrondie, dépressible et fluctuante.

Opération (Prof. Hartmann). Le 23 novembre. Incision sus-pubienne, intestin et épiploon adhérent semé de granulations d'apparence tuberculeuse.

Drainage abdominal.

Par voie rectale : incision de paroi antérieure du rectum, issue de pus liquide sans odeur fécaloïde et contenant des grumeaux caséux. Drain.

Suites : Le 31 janvier 1910 : Température à grandes oscillations persistante, orifice fistuleux vaginal.

Opération (Prof. Hartmann) : Colpotomie postérieure, drainage.

Le 13 mars. Pas de règles depuis octobre 1909. Persistance de la suppuration vaginale.

Le 7 avril 1910. *Opération* par le professeur Hartmann. Hystérectomie vaginale (pas de description microscopique des pièces).

Suites opératoires normales, malade sortie en bon état général et local.

Obs. XIII (inédite). Observation n° 6427 du service du professeur Hartmann. **Salpingite tuberculeuse avec granulations sur utérus et annexes.**

M^{me} B..., âgée de 32 ans, entrée le 27 septembre 1910, pour gros ventre et douleurs abdominales.

Histoire de la maladie : Brusquement il y a six mois la malade fut prise de crises douloureuses abdominales dans la région ombilicale survenant deux à trois fois par mois dans l'après-midi ou vers le soir une heure ou deux après les repas, durant une demi-heure environ.

Ballonnement du ventre presque aussitôt après les repas durant deux ou trois heures, puis diminuée de volume. Ne peut plus porter de corset.

Appétit diminué. Constipée, mais au moment des règles un jour ou deux de diarrhée.

Nausées, pas de vomissements.

Le 3 septembre. La malade a eu ses règles qui n'ont duré que deux jours, alors qu'habituellement elles duraient quatre ou cinq jours.

Le 5 et 8 septembre, frissons, douleurs abdominales ; abdomen augmenté de volume, la malade garde le lit.

Antécédents personnels : Depuis dix ans troubles digestifs, douleurs après les repas, renvois aigres améliorés par un régime. Réglée régulièrement pendant quatre ou cinq jours avec douleurs lombaires. Pertes blanches survenant quelques jours après les règles, depuis longtemps.

Pas d'enfant, ni fausse couche. Pas de maladie antérieure.

Examen à l'entrée : Abdomen gros, tendu, blanc, circulation collatérale latérale.

Palpation : Résistance de la paroi, douleur péri-ombilicale.

Percussion : Diminution de sonorité dans les régions ombilicale, hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche, non modifiée par le décubitus latéral.

Toucher : Col petit, régulier, orifice regardant dans l'axe du vagin, corps petit en antéflexion ; le tout mobile, mais peu mobile. En arrière et à droite, tuméfaction assez nettement limitée sensible à la pression, à gauche un peu de douleur, tuméfaction mal limitée.

Poumon : Matité aux deux bases surtout à droite, murmure vésiculaire peu net, rien au sommet.

Cœur : Dédoublement du second bruit, pouls à 84.

Opération le 7 octobre 1910 par le professeur Hartmann. Incision médiane sous-ombilicale, placard dur, constitué par épiploon enflammé et adhérent. On le décolle légèrement. Castration abdominale totale. Drain et mèche vaginale. Fermeture du ventre sans drain abdominal.

Examen de la pièce opératoire : Utérus et annexes couverts de granulations tuberculeuses. La trompe gauche est saine, sa muqueuse intacte comme l'utérus, à droite masse caséeuse dans la cavité tubaire.

Suites. — La malade revue par le Dr Hartmann le 27 avril 1913 étant à ce moment en parfaite santé, avec cicatrice très bonne.

Obs. XIV (*inédite*) Observation n° 7161 du service du professeur Hartmann. **Pseudo-tuberculose utéro-annexielle.**

M... Lucie, femme de chambre, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital le 22 mai 1911, pour douleurs dans le ventre et pertes.

Histoire de la maladie : Le début paraît remonter au mois de

décembre 1910, date à laquelle la malade fut prise subitement de pertes rouges très abondantes et dut garder le lit quinze jours en même temps qu'elle ressentait de violentes douleurs dans le bas-ventre.

La malade put cependant reprendre son travail, mais souffrant toujours un peu et continuant à perdre en rouge ou blanc.

En avril 1911, la malade vint consulter.

Antécédents familiaux : Rien de spécial.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 7 ans, réglée à 14 ans régulièrement jusqu'en décembre 1910. En avril dernier a eu deux fois dans le même mois des pertes ressemblant à ses règles.

En 1907 accouchement d'un enfant bien constitué, vivant.

En 1908 crise de rhumatisme articulaire aigu traité à Beaujon pendant un mois.

Examen à l'entrée : Inspection : quelques vergetures, parois adipeuses.

Palpation : ventre souple normal.

Toucher vaginal : col volumineux à orifice regardant en arrière admettant l'extrémité de l'index, lèvre postérieure dure, lèvre antérieure un peu plus molle. Cul-de-sac latéral droit libre. Dans le cul-de-sac antérieur et dans le cul-de-sac gauche on sent une masse volumineuse et dure adhérente au col, mobile avec lui. Par le palper bimanuel on précise mal la limite supérieure de la masse qui semble s'étendre dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher est douloureux, l'ensemble de la masse est peu mobile. Etat général médiocre : anorexie, constipation 0°37°2.

Le 26 mai 1911. *Opération* par le Dr Lecène. Hystérectomie abdominale totale, parois en 2 plans sans drainage.

Examen macroscopique : Péritoine recouvrant l'utérus pré-

sente des granulations ressemblant à des granulations tuberculeuses.

Trompe droite présente un nodule d'aspect fibro-caséux. Utérus double de volume, très vasculaire, présentant de l'endométrite à fongosités molles d'aspect tuberculeux.

Examen microscopique : Pas de formations tuberculeuses, lésions inflammatoires banales des trompes et de l'utérus, pas de follicules tuberculeux. Inoculation au cobaye fut négative.

Suites opératoires normales, malade sortie guérie.

Obs. XV (inédite) Observation n° 7220 du service du professeur Hartmann. **Appendicite et annexite tuberculeuse.**

M^{me} D..., âgée de 26 ans, couturière, entrée le 10 juin 1911, pour douleurs dans la partie inférieure et droite du ventre. En février, règles douloureuses, abondantes, caillots, durant dix jours au lieu de cinq.

En mars, douleurs dans la partie inférieure et droite du ventre, fièvre, anoxerie, constipation, pas de vomissements. Pertes blanches ; s'est soignée neuf semaines puis a repris son travail.

En avril, règles normales.

En mai, retard de quinze jours, règles douloureuses abondantes avec caillots durant dix jours. Douleur se localisant dans la fosse iliaque droite, fièvre, anorexie, constipation, pas de vomissements.

Antécédents familiaux : Père bien portant, mère, bronchite chronique.

Antécédents personnels : Rougeole à 10 ans, bronchites, rhumatismes il y a deux ans, maladie nerveuse. Pertes blanches

depuis qu'elle est réglée ; réglée à 13 ans irrégulièrement, toujours un peu de retard.

Examen à l'entrée : Douleur spontanée dans la fosse iliaque droite. Pas de défense musculaire, zone douloureuse dans toute la fosse iliaque droite.

Toucher : col regardant dans l'axe du vagin, cul-de-sac droit peu souple et sensible.

Opération le 15 juin 1911 (Prof. Hartmann).

Dans la fosse iliaque droite fin d'iléon et cœcum recouverts de fausses membranes rougeâtres, et de granulations tuberculeuses.

Appendice dans l'excavation adhérente à la trompe droite bosselée.

Ablation de l'appendice et des annexes droites, on laisse les annexes gauches qui paraissent saines.

Examen macroscopique : Appendice très épais, rouge foncé, dur, muqueuse, paraît sain.

Trompe distendue par du pus caséeux.

Ovaire légèrement augmenté, kystique, sans suppuration.

Suites opératoires : Sortie le 6 juillet entièrement cicatrisée. Mais a présenté secondairement un abcès à la partie inférieure de la cicatrice, puis fistule ayant suppuré vers le 10 janvier 1912 puis s'est fermée.

Règles douloureuses avec caillots.

Etat général d'aspect bon, a engraisé.

Le 30 novembre 1919 la malade a engraisé de 5 kilos, son état général est bon, ses règles régulières, mais elle a toujours conservé un trajet fistuleux passant par le point inférieur de la cicatrice.

Pas de tuméfaction ni d'induration autour.

Obs. XVI (*inédite*). Observation n° 7665 du service du professeur Hartmann (résumée). **Tuberculose annexielle.**

M. T..., âgée de 27 ans, couturière, entrée le 20 novembre 1911, pour douleurs abdominales. La maladie a débuté par des douleurs abdominales et affaiblissement qui sont survenus à la suite d'accouchement à terme d'un garçon en 1908.

Depuis les règles étaient en avance avec quelques caillots noirs.

Ventre augmenté de volume depuis janvier 1911 puis a régressé en août 1911.

Antécédents personnels : Réglée à 18 ans.

Quelques pertes blanches. Pas de fausse couche, accouchement en 1908.

Antécédents familiaux : Père mort à 67 ans, mère à 68, 4 frères et 4 sœurs bien portants, un frère et une sœur morts.

Examen à l'entrée : Ventre normal. mi-gros, mi-distendu, vergetures. Légère défense musculaire, douleurs dans les deux fosses iliaques.

Toucher : Corps en antéflexion, mobilité diminuée.

Dans les culs-de-sac latéraux masse surtout à gauche, dure et un peu douloureuse.

Opération le 27 novembre 1911 (Dr Lecène).

Hystérectomie abdominale, supra-vaginale.

Double annexite tuberculeuse avec pus caséeux dans les trompes.

Péritoine et anses grêles voisines couverts de granulations tuberculeuses.

Examen histologique (Dr Lecène) : Tuberculose folliculaire

avec nombreuses cellules géantes évidentes au niveau des annexes (surtout en surface sous la séreuse).

Suites opératoires : La malade est sortie de l'hôpital en bon état général et local.

D'après des renseignements indirects la malade était en 1913 en bonne santé.

Obs. XVII (inédite). Observation n° 7953 et 7999 du service du Professeur Hartmann. **Suppuration pelvienne d'aspect tuberculeux.**

M^{me} R..., 27 ans, ménagère, entrée le 15 février 1912, pour douleurs dans le ventre.

Le début de la maladie remonte à décembre 1911, époque à laquelle la malade fit une fausse couche de 7 semaines, précédée d'une hémorragie très abondante. La malade dit que pendant les huit jours suivants elle se trouva mieux. Elle fut alors prise d'une diarrhée qui dura un mois.

Aucun renseignement sur les antécédents.

Examen à l'entrée à l'hôpital : La malade est amaigrie et anémiée, avec un facies pâle et des yeux cernés.

Inspection : Ventre légèrement météorisé, partout sonore.

Toucher vaginal : Col un peu gros, mou, à orifice ouvert admettant l'extrémité du doigt, regardant dans l'axe du vagin. Corps un peu gros, en antéflexion normale. Le tout à peu près complètement immobilisé. En arrière du col, le cul-de-sac postérieur est comme doublé par une masse qui se continue en arrière de l'utérus, jusqu'à la fosse iliaque gauche, débordant aussi à droite absolument fixée et douloureuse.

Opération : 17 février 1912. Colpotomie postérieure (M. Hartmann).

Suites opératoires : Après cette intervention, la température se maintient assez élevée (entre 39°8 et 38°8 ; maximum : 40°2, minimum : 38°2).

Opération : 2 mars 1912. Hystérectomie vaginale (Dr Lecène). Décollement de la vessie adhérente à la face antérieure de l'utérus.

Agrandissement de l'incision de colpotomie. Ablation de l'utérus. La face externe de l'utérus est couverte de semis de granulations grisâtres.

La cavité contient un tissu végétant présentant par places une apparence caséuse.

Drain avec deux mèches iodoformées.

Décès le 21 mars 1912 avec des signes de méningite et de généralisation tuberculeuse.

Obs. XVIII (inédite). Observation n° 8346 du service du Professeur Hartmann (résumée). **Bacillose utéro-annexielle.**

M^{me} P..., âgée de 21 ans, entrée le 1^{er} juin 1918, pour douleurs dans le bas-ventre.

Début assez brusque des douleurs vers le 15 mai, aiguës, ne diminuant pas par le repos.

Frissons et un peu de fièvre.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans, régulièrement, dernières règles le 24 mai. Pas de pertes blanches ; ni grossesse, ni fausse couche. N'a jamais toussé, ni craché.

Antécédents familiaux : Mère morte de maladie de cœur.

Père bien portant.

Examen à l'entrée : Palpation : Défense musculaire et douleur

à la partie inférieure de l'abdomen où l'on sent une masse diffuse indélimitable plongeant dans petit bassin.

Toucher : Col conique non ouvert, immobile. Masse faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur très douloureux et débordant les culs-de-sac latéraux.

Opération le 19 juin 1912 (D^r Lecène) : Castration abdominale totale.

L'utérus et les annexes forment un magma adhérent aux anses grêles, au côlon pelvien, à l'épiploon, le tout est couvert de granulations tuberculeuses, pas d'ascite, la trompe gauche est oblitérée de granulations, la trompe droite forme un véritable abcès froid à contenu caséeux.

Appendice non adhérent aux annexes.

Suites : Le 8 juillet la malade est sortie de l'hôpital en bon état général et local.

Obs. XIX (*inédite*). Observation n° 8493 du service du Professeur Hartmann. **Salpingite gauche. Péritonite tuberculeuse.**

M^{me} M..., 24 ans, entrée le 27 mai 1912, pour douleurs abdominales généralisées.

Antécédents personnels : Réglée à 17 ans, régulièrement, quelquefois douloureuses, dans l'intervalle des règles, pertes rouges abondantes durant trois à quatre jours, suivies de pertes blanches. Ni enfant, ni fausse couche.

Antécédents familiaux, rien de spécial à noter.

Examen à l'entrée : Douleur abdominale. Pertes rouges abondantes.

Inspection : Ventre non augmenté.

Palpation : Ventre très sensible, surtout dans la fosse iliaque gauche, sous la paroi on sent dans l'hypogastre un empâtement diffus.

Toucher : Col regardant en bas et en arrière, utérus en antéflexion, le tout fixe, cul-de-sac latéral droit libre, gauche très sensible. A ce niveau on sent une masse assez volumineuse s'étendant dans le cul-de-sac postérieur et très douloureuse. Cette masse semble refouler à droite le col utérin. En arrière et à droite du corps petite masse dure et immobile.

Depuis le 8 juillet, vomissements verdâtres.

Opération (Prof. Hartmann) : Incision médiane sous-ombilicale. Péritonite de forme adhésive qui englobe toutes les anses grêles en un magma où il est impossible de rien reconnaître.

De crainte de produire des lésions intestinales, on referme.

Suites : La malade est sortie au 20^e jour, avec sa plaie cicatrisée et assez bon état général.

Obs. XX (inédite). Observation à M. le Professeur Hartmann n° 3457. **Péritonite tuberculeuse avec abcès pelvien.**

M^{lle} B..., 18 ans, sans profession, entrée à la clinique le 4 mars 1913 pour tuméfaction abdominale.

La malade depuis un an et demi est traitée pour de la chorée consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant nécessité trois semaines de lit. Cette chorée est actuellement très améliorée ; mais depuis un mois et demi, il se produit un amaigrissement assez rapide (3 kilos).

Antécédents familiaux : Père rhumatisant.

Antécédents personnels : Régliée à 13 ans, a toujours souffert au moment de ses règles. Les règles du 15 janvier étaient venues

à leur époque habituelle ; mais furent prolongées huit jours au lieu de six et douloureuses ; s'accompagnèrent de diarrhée, de nausées et c'est depuis ce moment que la malade pâlit, maigrit et que son ventre augmente de volume.

Examen à l'entrée : Enfant maigre, petite, mais bien développée.

Inspection : Abdomen augmenté de volume, régulier.

Percussion : Matité hypogastrique s'étendant à gauche.

Palpation : Difficile, parce que ventre un peu sensible, avec défense musculaire.

Toucher vaginal : Hymen permet toucher. Col refoulé à droite ; en arrière et à gauche de lui on sent une masse dure un peu inégale, que l'on retrouve par le toucher abdominal. Le corps utérin est en avant et à droite de la tumeur.

Opération le 7 mars 1913 (Prof. Hartmann) : Cœliotomie, drainage du foyer pelvien ; incision avec précaution de la paroi, plus vascularisée que normalement. Épiploon adhérent ; semis de granulations grisâtres de la dimension de têtes d'épingle ; sur le péritoine pariétal et l'épiploon. Décollement progressif, on arrive en bas sur un abcès contenant du pus grumeleux sans odeur. En arrière de lui, se trouve une masse annexielle dure. On juge prudent de se borner à placer un drain et à refermer en un seul plan au bronze.

Suites : 14 avril 1913, la malade séjourne à la campagne, son état général s'est notablement amélioré ; mais elle conserve son drainage pariétal, qui continue à suppurer.

En janvier 1914, la malade séjournant dans le Midi, conserve une fistule pariétale ; son état général s'est amélioré.

En mars 1914, la malade refait une poussée aiguë : péritonite,

et en même temps de la méningite confirmée par la ponction lombaire (D^r Prat, de Nice).

Décédée le 20 avril 1914.

Obs. XXI (*inédite*). Observation n^o 9391 du service du professeur Hartmann (résumée). **Annexite tuberculeuse.**

M^{me} M..., âgée de 29 ans, entrée le 29 mars 1913, pour douleurs abdominales.

Début, brusquement le 24 mars 1913 au début des règles (période normale sans retard), douleur permettant à la malade de continuer son travail. Le 28, frissons violents, insomnie, le 29, syncope, diarrhée, pertes blanches. Douleur généralisée à tout l'abdomen, avec irradiations lombaires.

Antécédents familiaux : Père, 55 ans, bien portant. Mère, 38 ans, ayant eu fluxion de poitrine. Un frère et une sœur morts de fièvre typhoïde. Deux autres bien portants.

Antécédents personnels : Pleurésie sérofibrineuse en 1903 (deux ponctions 1 litre).

Réglée à 14 ans régulièrement durant deux jours ; ni enfant, ni fausse couche. Pas de pertes blanches sauf celles apparues au début. Température avec poussée atteignant parfois 40°.

Examen à l'entrée : Sonorité un peu exagérée.

Palpation : Défense musculaire et masse diffuse dans la partie inférieure de l'abdomen.

Toucher : Col un peu mou, orifice petit, regarde dans l'axe du vagin ; limite du corps utérin difficile à apprécier. Palpation des annexes difficile et douloureuse, empâtement diffus.

12 avril : Au toucher sorte de coulée englobant l'utérus dans

le petit bassin, se continuant avec masse abdominale surtout dans la fosse iliaque gauche.

2 mai : Masse très développée à gauche refoulant l'utérus à droite.

Opération le 7 juin 1913 (Dr Lecène).

Castration abdominale supravaginale, appendicectomie, fermeture sans drainage.

Remarques : Appendice soudé aux annexes droites. Anses grêles adhérentes au fond de l'utérus et aux annexes droites. Vessie adhérente au fond de l'utérus. Péritoine pelvien parsemé de quelques granulations bacillaires. Trompe remplie de granulations et de tubercules caséux. Ovaires kystiques. Utérus scléreux sans lésions apparentes de la muqueuse.

Décès le 8 juin.

Autopsie : Granulations tuberculeuses sur tout le péritoine.

Dans le poumon droit plusieurs nodules caséux en voie de ramollissement de même dans le sommet du poumon gauche.

Obs. XXII (*inédite*). Observation n° 9608 du service du professeur Hartmann (résumée). **Annexite tuberculeuse.**

M^{me} F..., âgée de 37 ans, entrée le 19 septembre 1913, pour douleur dans le bas ventre surtout à gauche et pertes blanches

Début il y a six ans, pertes jaunes peu abondantes, d'abord simple pesanteur, qui va en augmentant et depuis quatre ans la malade souffre constamment, ventre ballonné, aucun rapport avec les règles.

Antécédents familiaux : Père mort à 50 ans de congestion cérébrale ; sœur dyspeptique.

Antécédents personnels : Réglée à 17 ans, régulièrement. Ma-

riée à 25 ans, ni enfant, ni fausse couche. A 15 ans pleurésie gauche suivie d'anémie. A 20 ans opérée pour pelvipéritonite bacillaire, fistule pendant trois ans. A 30 ans albumine dans les urines ; crachats examinés il y a six mois, pas de bacilles de Kock.

Examen à l'entrée : Anémie, cachexie.

Inspection : Ventre ballonné ; cicatrice médiane, sous-ombilicale, trace de fistule adhérente.

Palpation : Plans profonds difficiles à palper, hypogastre douloureux.

Percussion : Matité hypogastrique.

Toucher vaginal : Col un peu mou regardant en bas et en avant, position de l'utérus difficile à délimiter. Dans les culs-de-sac grosses masses mal délimitées, douloureuses, adhérentes. Auscultation des poumons : râles humides disséminés. Urines, ni sucre ni albumine.

Opération le 23 septembre 1913 (Dr Lecène). Castration abdominale supravaginale, incision transversale, réunion complète, un petit drain.

Examen de la pièce : A droite annexite tuberculeuse avec abcès de la trompe à contenu caséeux. A gauche volumineuse tumeur kystique avec membrane tuberculigène (?) bien développée, nombreuses adhérences. Utérus petit, sans lésion macroscopique.

Suites opératoires normales, malade sortie de l'hôpital avec cicatrice parfaite et l'état général légèrement amélioré quoique encore assez précaire.

Obs. XXIII (*inédite*). Observation n° 13001 du service du professeur Hartmann (résumée). **Salpingo-ovarite tuberculeuse.**

M. L..., âgée de 24 ans, entrée le 27 septembre 1916, pour gonflement et douleur du ventre.

Au commencement de septembre début brusque, mais la malade souffrait un peu depuis un an.

Pendant quinze jours les douleurs lui permettent de vaquer à ses occupations, mais la malade remarque une augmentation de volume de l'abdomen. Règles normales.

Le 27 septembre, brusquement douleurs violentes. Température : 39°2, vomissements.

Antécédents personnels : réglée à 16 ans régulièrement. Bronchite chronique.

Antécédents familiaux : Père, mère, frères, sœurs bien portants.

Examen à l'entrée : Inspection : ventre augmenté de volume surtout dans moitié sous-ombilicale et un peu saillant à gauche.

Palpation : Région sous-ombilicale occupée par une masse dont il est difficile d'apprécier la limite exacte à cause de défense musculaire.

Percussion : Matité de l'hypogastre.

Toucher : Col régulier repoussé contre la symphise, orifice admettant extrémité du doigt, un peu mobile latéralement. Cul-de-sac postérieur refoulé par une tumeur un peu dépressible et très douloureuse.

Opération le 4 octobre 1916 (Prof. Hartmann) : Incision sous-ombilicale, intestin très adhérent. A gauche grosse collection de pus d'apparence tuberculeuse développée aux dépens de la trompe et de l'ovaire gauche.

A droite lésion inflammatoire simple ; hystérectomie subtotale, drain.

Décédée le 5 octobre 1916.

Obs. XXIV (*inédite*). Observation n° 13558 du service du professeur Hartmann. **Pelvipéritonite tuberculeuse.**

M^{me} R..., âgée de 22 ans, femme de chambre, entrée le 2 novembre 1916, pour douleurs côté gauche et pertes rouges.

Le 20 octobre, brusques douleurs dans le bas-ventre du côté gauche, quelques douleurs à la miction. Urines troubles.

Le 27, pertes rouges durant jusqu'au 1^{er} novembre.

Constipation, toux, pas de vomissements.

Antécédents familiaux : Parents bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole à 8 ans.

Réglée à 17 ans, régulièrement, leucorrhée.

Ni enfant, ni fausse couche. Dernières règles du 12 au 20, normales. A maigri depuis six mois.

Examen à l'entrée: Petite masse dans le bas-ventre à gauche, matité à percussion, remontant jusqu'à ombilic.

Toucher : Col dur, régulier, dévié à gauche ; dans le cul-de-sac postérieur deux petites bosselures de la grosseur d'une noisette. Cul-de-sac gauche rétréci.

Température autour de 38°.

Le 28 janvier, on sent à la palpation tumeur arrondie résistante dans la fosse iliaque gauche. Au toucher col petit, régulier, regarde en bas et en arrière. Utérus impossible à sentir, partiellement fixé. Les mouvements imprimés au col ne se transmettent pas à la masse, mais la réciproque n'est pas vraie.

Opération le 19 février 1917 (Prof. Hartmann) : Epiploon

adhérent à masse arrondie grisâtre remontant à gauche jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Petit bassin comblé par annexes gauches, très augmentées de volume et se continuant avec masse abdominale, les annexes droites sont augmentées de volume mais beaucoup moins qu'à gauche. Poche se crevant, flot de pus avec masse ca-séuse.

Hystérectomie totale, drain et mèche vaginale.

Suites opératoires normales.

La malade revue le 21 mars 1920 par le professeur Hartmann, dit s'être bien portée pendant deux ans après l'opération, mais depuis cinq ou six mois souffre dans les deux régions inguinales où l'on remarque deux petites saillies, surtout du côté gauche (hernie probable). Depuis cette époque vomit de temps en temps. La malade a eu quelques bouffées de chaleur pendant les premiers mois qui ont suivi l'opération, actuellement elle ne ressent rien, son état général est bon, elle n'a ni maigri ni engraisé. Sa cicatrice est un peu irrégulière mais sans éventration.

Au fond du vagin on sent une cicatrice souple, aucune tuméfaction intra-abdominale.

Obs. XXV (*inédite*). Observation n° 13629 du service du professeur Hartmann (résumée). **Tuberculose annexielle.**

M^{me} L..., âgée de 22 ans, entrée le 26 février 1917, pour douleur dans les deux fosses iliaques.

Depuis septembre 1916 douleurs dans le bas-ventre avec maximum à gauche par crises, règles très peu abondantes en janvier et février.

Antécédents familiaux : Père mort à 45 ans (?) Mère, 48 ans,

bien portante, 6 frères et sœurs morts de cause inconnue de la malade. Une sœur tuberculeuse, une autre aveugle, un frère toujours malade ; deux frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans régulièrement. Rougeole à 8 ans ; opérée d'appendicite à 18 ans, ni enfant, ni fausse couche.

Examen à l'entrée : Défense musculaire, douleur dans les deux fosses iliaques.

Toucher vaginal : Col petit, effilé, dur. Masse dans le cul-de-sac postérieur constitué par deux parties séparées par un sillon.

Opération le 9 mars 1917 (Prof. Hartmann) : Dans le petit bassin deux masses constituées chacune par la trompe oblitérée remplie de liquide. Les masses et le péritoine étaient recouvertes de petites granulations grisâtres de la dimension d'une tête d'épingle. Hystérectomie subtotale.

Examen macroscopique de la pièce : Utérus petit, tapissé par un péritoine enflammé et recouvert de granulations jeunes. Trompe droite recouverte également de péritoine avec granulations. Cette trompe forme une masse allongée, contournée et bosselée ; près de l'utérus elle paraît presque normale, plus loin elle s'élargit et dans son segment externe elle est largement dilatée, formant une poche de la taille d'une grosse orange à paroi mince contenant du pus. A la coupe dans ces trois portions : la trompe est normale dans son segment interne, dans son segment moyen paroi très épaisse avec lumière presque disparue, dans son segment externe vaste poche à paroi mince. La trompe gauche a un aspect analogue, mais sa poche est beaucoup plus volumineuse ayant la dimension d'une tête de fœtus.

Suites opératoires normales, malade sortie en bon état général et local.

Obs. XXVI (*inédite*). Observation n° 9749 du service du professeur Hartmann. **Annexite droite suppurée tuberculeuse.**

M^{me} D..., âgée de 33 ans, entrée le 21 octobre 1919, pour douleurs et tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

Il y a un mois violentes douleurs au côté droit à début brusque, pas de vomissements ni nausées, constipation habituelle. Morphine, glace sur le ventre, augmentation de volume du ventre à droite.

Antécédents familiaux : Parents bien portants. Un frère bien portant, une sœur morte de convulsions à 18 jours.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans, normalement, douleurs au début des règles. Mariée à 21 ans, ni enfant, ni fausse couche. Pertes blanches ; rougeole, fièvre typhoïde.

Il y a dix ans tuméfaction analogue dans la même région.

Examen à l'entrée : Inspection : Ventre ballonné, voussuré à la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

Palpation : Légère défense musculaire. Dans la fosse iliaque droite tuméfaction rénitente, fluctuante, mal délimitée se continuant dans l'hypogastre et vers le petit bassin. Palpation douloureuse.

Percussion : Matité dans la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal : Col conique consistance normale, orifice ponctiforme regardant en bas et en arrière ; corps utérin en antéflexion. Dans le cul de-sac droit masse résistante continuant celle de la fosse iliaque, séparée de l'utérus par un sillon.

Les mouvements imprimés à la masse se transmettent au col.

Opération le 12 novembre 1913 (Prof. Hartmann) : Incision

abdominale, masse adhérente à la paroi abdominale au milieu et à droite, épiploon fusionné à la masse ; masse informe scléro-adipeuse très dure et adhérente à poche sous-jacente avec pus fétide.

Excision de la masse, drainage, suture sur bronze.

Examen histologique (Dr. Renaud) n° 9749. Salpingite, tissus d'infiltration tuberculeuse.

Examen : La trompe forme une masse du volume d'une petite mandarine, dont à la coupe le tissu est gris, lardacé, formant une coque à une cavité pleine de pus fétide.

L'examen histologique montre que la paroi normale de la trompe a entièrement disparu (Dr. Renaud).

Au tissu normal s'est substitué un tissu de néformation inflammatoire, tissu conjonctif où abondent à côté des fibres qui en forment le stroma les cellules conjonctives jeunes. Le tissu est parcouru par de nombreux vaisseaux qui côtoient des lésions inflammatoires jeunes, en traînées et nodulaires constituées par des amas de cellules rondes.

Irrégulièrement épars dans le tissu et très nombreux se voient les follicules tuberculeux typiques, dont quelques-uns sont franchement caséifiés et ramollis et les autres plus scléreux.

Nombreuses cellules géantes, éléments épithélioïdes, couronne large de cellules rondes. La lésion présente ici tous les caractères des lésions tuberculeuses les plus typiques.

La présence des bacilles tuberculeux n'a pu cependant y être décelée par les méthodes ordinaires.

Suites opératoires : Malade sortie de l'hôpital entièrement cicatrisée mais conservant un état général médiocre et de la fièvre.

En réponse à notre demande de renseignements son mari nous a répondu qu'elle était décédée peu après sa sortie de l'hôpital.

Obs. XXVII (Bergeret et Botelho). Observation n° 14857 du service du professeur Hartmann. **Tuberculose du corps utérin et des annexes.**

M^{me} P..., 31 ans, entrée le 14 septembre 1917, dans un service de médecine, pour pleurésie droite, et ensuite congestion du poumon gauche, puis pour une polynévrite qui l'immobilisa trois mois.

Pendant qu'elle est soignée pour ces affections médicales, elle est prise de pertes rouges abondantes avec caillots, ces pertes constituées par un liquide rouge foncé, fétide, ne s'accompagnent pas de douleurs, elles durent jusqu'au 17 décembre puis cessent complètement. Le 21 décembre les pertes réapparaissent.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans, a toujours eu des douleurs dans le bas-ventre au moment des règles. A 28 ans (1915) ses règles deviennent irrégulières et restent douloureuses. Le début de ces troubles dysménorriques coïncide avec l'apparition de douleurs types rhumatismales dans les membres inférieurs. En juin 1916, ses règles s'arrêtent complètement jusqu'en octobre 1917, entre temps elle présente divers accidents de nature tuberculeuse. Mariée à 16 ans, elle a un enfant à 21 ans, cet enfant est bien portant.

Antécédents familiaux : Une sœur morte à 20 ans de tuberculose pulmonaire. Mari bien portant.

Examen à l'entrée : Le col un peu abaissé et régulier ; son orifice admet l'entrée du doigt, regarde en bas et en arrière. Dans l'ensemble le col est moins mobile que normalement, les mouvements de translation vers la droite sont bridés. Le corps continue dans la direction du col, il est un peu gros. Au travers

du cul-de-sac gauche, on sent une masse dure collée contre l'utérus, elle se prolonge dans le cul-de-sac postérieur. Il est assez difficile d'en fixer les limites supérieures ; elle est un peu douloureuse à la pression.

Opération le 3 janvier 1918 (Prof. Hartmann) : Incision d'ombilic à pubis.

L'intestin adhère au péritoine pariétal dans toute la hauteur de l'incision ; il présente par place de petites granulations blanches du volume d'une tête d'épingle. On le décolle, puis on le relève ; on aperçoit alors émergeant de la partie droite de l'excavation pelvienne une masse kystique du volume d'une petite mandarine, constituée par les annexes droites.

Ligature du pédicule utéro-ovarien, ablation des annexes droites. On dégage alors les annexes gauches enfoncées sous le côlon pelvien et tenant de toutes parts au péritoine de l'excavation.

On termine en faisant une hystérectomie totale et en drainant par le vagin.

On établit un cloisonnement au-dessus du foyer en suturant le côlon pelvien au péritoine vésical et au ligament large.

Examen microscopique : La portion ampullaire de la trompe gauche est remplie d'un magma caséeux. Les parois en sont épaissies, la portion isthmique présente quelques nodules disséminés.

L'ovaire gros est dur, présente quelques petits kystes à contenu séreux.

Les annexes droites sont kystiques.

Le corps utérin est un peu augmenté de volume, la muqueuse présente son aspect normal au niveau des 2/3 inférieurs, le 1/3 supérieur est au contraire bourgeonnant et fongueux.

Examen histologique (D^r Botelho): La muqueuse utérine présente une forte réaction inflammatoire avec une infiltration leucocytaire très marquée (polynucléose). On trouve en plein chorion muqueux et même dans le myomètre d'assez nombreux follicules tuberculeux. En certains points des préparations, on voit des cellules géantes apparaître au niveau même des culs-de-sac glandulaires encore nettement reconnaissables.

On ne voit pas de zone de caséification au centre des follicules. Dans les coupes traitées par les procédés classiques spéciaux pour la recherche du bacille de Koch, nous avons été incapables d'y déceler la présence d'aucun bacille acido-résistant. Dans la trompe gauche, la nature tuberculeuse des lésions est représentée histologiquement par une masse caséuse centrale et par la présence d'assez nombreux follicules tuberculeux disposés au niveau des culs-de-sac glandulaires et au niveau de la paroi musculaire de la trompe envahie par une forte réaction inflammatoire.

Suites normales : Malade sortie en bon état général.

Obs. XXVIII (*inédite*). Observation n° 15119 du service du professeur Hartmann. **Annexite tuberculeuse.**

M^{me} C..., 33 ans, entrée le 12 février 1918, pour douleurs dans le côté droit du ventre.

Début brusque en novembre 1916, puis crise douloureuse. Les douleurs deviennent plus violentes en 1917, se renouvelant par crises en décembre 1917, crise douloureuse accompagnée de vomissements, puis accalmie. En février 1918 reprise de crises douloureuses avec vomissements.

Antécédents familiaux : Père et mère morts à 68 ans. Un frère et six sœurs bien portants.

Une sœur morte de chaud et froid à 33 ans, une autre à 30 ans.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche.

Réglée à 18 ans régulièrement, légèrement douloureuses jusqu'à première grossesse, depuis six mois règles prolongées de cinq jours. Laryngite à 23 ans.

Pleurésie à 32 ans à droite avec lésion du sommet. Un enfant.

Examen à l'entrée : Abdomen présentant légère voussure à droite de la ligne médiane près de l'ombilic, au-dessus de l'arcade crurale.

Palpation : Masse dure globuleuse légèrement sensible à la pression occupe toute la partie inférieure de l'abdomen.

Toucher : Col régulier, orifice admettant l'extrémité du doigt, regardant en bas et en arrière.

Corps en antéflexion un peu dévié à gauche de la ligne médiane. En arrière et à gauche de l'utérus masse dure peu mobile paraissant adhérer à la partie postérieure latérale du col. A droite et en arrière masse volumineuse difficile à délimiter, peu mobile.

Opération le 27 février 1918 (Prof. Hartmann) : Incision médiane sous-ombilicale. Nombreuses adhérences réunissant gâteau péritonéal à paroi. Relevant l'intestin on voit à sa surface des granulations blanchâtres de la dimension d'un petit pois.

Les annexes forment de chaque côté une masse plus volumineuse à droite qu'à gauche, adhérent à l'utérus et à la face postérieure du ligament large. Abscès ovaire à droite, à caractère d'abcès froid.

Hystérectomie totale. Réunion sans drain.

Examen histologique par le Dr Peyron : Salpingite tuberculeuse typique.

Suites opératoires normales, l'opérée a quitté l'hôpital en bon état général et local.

Le 6 avril 1920, l'opérée a répondu être en bonne santé et vient se présenter à l'Hôtel-Dieu.

Obs. XXIX (inédite). Observation n° 18599 du service du professeur Hartmann. **Tuberculose du corps de l'utérus et kyste de l'ovaire.**

M^{lle} B..., 28 ans, charcutière, entre à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1920 parce qu'elle souffre dans le ventre et que ses règles sont pas normales.

La malade se plaint d'avoir surtout perdu ses forces depuis quinze mois, à ce moment-là son ventre a grossi et elle a cessé d'être réglée. Elle n'a pas souffert et n'eut ni fièvre ni vomissements.

De février à juillet 1918 la malade fut traitée dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu pour phlébite de la jambe gauche et péritonite tuberculeuse, la malade à cette époque souffrit beaucoup du ventre, eut quelques vomissements et de la diarrhée, sa température atteint, paraît-il, 39°.

A sa sortie de l'hôpital la malade alla en convalescence à la campagne et fut traitée par des bains de soleil. Elle eut le 30 juillet une réapparition de ses règles normales. Depuis cette époque les règles revinrent mais très irrégulièrement, elles s'accompagnaient de violentes douleurs dans la région lombaire, et la malade avait fréquemment des pertes blanches ou jaunes.

Actuellement la malade est constipée et a la sensation d'une pesanteur intérieure dans le bas-ventre.

Antécédents familiaux : Un frère atteint de tucerculose osseuse. Autres frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans tous les vingt-huit jours pendant trois jours.

A 17 ans, arrêt des règles pendant huit mois, puis les règles reviennent mais avec des retards plus ou moins longs.

Examen à l'entrée : Par la palpation on sent dans la fosse illiaque droite remontant jusqu'à un travers de doigt au dessus de la ligne ombilicale une tuméfaction arrondie, résistante, qui soulève la paroi abdominale et prend contact avec l'excavation.

Au toucher vaginal col petit, conique, à orifice régulier regardant en bas et en arrière ; le corps gros, dur, un peu dévié vers la gauche se continue directement avec le col. Dans le cul-de-sac droit on sent une masse de la dimension du poing, empâtée, légèrement douloureuse, nettement limitée en dehors, remontant dans la fosse iliaque droite. Du côté gauche masse plus petite, empâtée, irrégulière et un peu douloureuse aussi.

Cœur et poumons normaux.

Urines claires, sans sucre ni albumine.

Opération le 10 mars 1920 (Prof. Hartmann) : Incision médiane sous-ombilicale, épiploon adhère à la paroi abdominale, anses grêles adhérant à masse arrondie grisâtre, d'apparence kystique, occupant tout le pelvis. Ponction : issue de 260 centimètres cubes de liquide citrin non filant légèrement trouble. Enucléation totale de la poche kystique. A gauche kyste plus petit. Ablation de l'utérus, des annexes, et secondairement du col. Drain et mèche vaginal, cloisonnement du bassin, drain au-dessus. Fermeture de la paroi en 3 étages.

Examen macroscopique de la pièce opératoire : Utérus plus gros que normal, de chaque côté de lui trompes paraissant en-

flammées et à droite grosse poche kystique grisâtre, à gauche poche kystique plus petite.

Examen histologique de la pièce (Dr Peyron): Tuberculose de l'utérus avec cellules géantes typiques.

Le fragment d'ovaire ne contient aucune lésion tuberculeuse.

Obs. XXX (*inédite*). Observation n° 6546 du service du professeur Hartmann. **Tuberculose du col de l'utérus.**

M^{me} M..., 36 ans, ménagère, entrée le 15 octobre 1910, pour douleurs dans la tête qui amenaient de violentes contractions de la nuque. Elle avait également depuis quelques jours des douleurs lombaires.

Antécédents familiaux: Rien à noter.

Antécédents personnels: Réglée à 13 ans, ses règles ont été douloureuses jusqu'à son mariage.

Trois enfants morts, dont deux jumeaux, broncho-pneumonie, entérite, méningite.

Un enfant bien portant, une fausse couche l'an dernier. Pertes blanches depuis un mois. Pleurésie droite à 9 ans.

Mari syphilitique depuis cinq mois (?), chancre.

Examen: Toucher vaginal: Vulve élargie, lâche, avec un peu de prolapsus des parois vaginales. Au toucher, on trouve au fond du vagin un col volumineux, dur, avec au centre une sensation d'inégalité semblant au niveau de la lèvre antérieure terminée par un léger bourrelet qui rappelle dans une certaine mesure le rebord éversé d'un épithélioma. Mais toutes les parties au lieu de présenter la dureté de ce dernier sont fermes et dépressibles. Au centre le doigt pénètre dans une cavité du col agrandi, admettant la dernière phalange, qui pénètre dans une sorte de

cæcum limité par des bourgeons arrondis. Cette exploration détermine un très léger saignement.

Au spéculum, on constate que le col est très augmenté de volume, présente au moins une surface égale à celle d'une pièce de 5 francs. Son orifice irrégulier, déformé, laisse écouler un liquide gris jaunâtre filant. Les lèvres qui limitent cet orifice présentent plusieurs incisures, sur la lèvre postérieure à droite de la ligne médiane, une autre sur la lèvre antérieure au niveau de la ligne médiane et deux latérales. Les incisures circonscrivent une série de gros mamelons de couleur rosée semblant exulcérés. Cet aspect se continue dans la cavité du col.

Sur le pourtour externe des lèvres, les lésions s'arrêtent suivant une ligne régulière au niveau de la muqueuse vaginale. Sur la lèvre antérieure l'aspect est un peu différent, il existe une éversion notable de la lèvre.

Biopsie (Dr Lecène). — Sur une large biopsie prise perpendiculairement à l'axe du col, on constate que le chorion de la muqueuse cervicale et le tissu conjonctif qui forment la masse principale du fragment prélevé sont infiltrés de cellules embryonnaires disposées en traînées autour des vaisseaux et présentant en certains points des follicules remplis de cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes. L'aspect microscopique est tout à fait celui que l'on trouve dans les lésions tuberculeuses des muqueuses. Les vaisseaux ne présentent pas de lésion d'endo-vascularite particulièrement marquée. Le revêtement épithélial n'est que partiellement conservé et la plupart des glandes de la muqueuse sont détruites. Il n'a pas été fait de coloration de bacille, mais l'aspect des coupes est tout à fait en faveur du diagnostic de tuberculose.

Opération 15 septembre 1910 (D^r Lecène) : Hystérectomie vaginale.

Examen de la pièce : Les lésions ne remontent pas dans la cavité du col. Les annexes sont saines.

Examen histologique : Tuberculose typique (D^r Lecène).

Suites opératoires normales, malade sortie en bon état général et local.

Obs. XXXI (*inédite*). (Observation n° 18513 du service du professeur Hartmann). **Tuberculose du col de l'utérus.**

L..., 26 ans, dactylographe, entrée le 9 février 1920.

La malade âgée de 26 ans, vient à l'hôpital sur le conseil de son médecin (M^{lle} Giboulot) parce qu'elle « perd en rouge ».

En septembre 1918, dès le premier jour de son mariage, la malade fut prise de pertes rouges et cette hémorragie continua pendant cinq ou six semaines, puis elle perdit un liquide ressemblant à l'eau rougie et ayant une mauvaise odeur. Ces pertes furent surtout abondantes le matin. Régulièrement tous les matins, elle perdait tantôt un liquide rose, tantôt un liquide clair comme de l'eau, jamais de pertes épaisses. Malgré ces pertes, la malade eut ses règles normales venant s'y ajouter ; mais en novembre 1918, les pertes devinrent si abondantes qu'elles masquèrent les règles normales. Son médecin lui conseilla des injections d'eau très chaude qui firent diminuer l'écoulement vaginal.

Pendant toute l'année 1919 la malade continua à se soigner ainsi, mais au début de l'année 1920 elle recommença à perdre, ne présentant aucun trouble, ni douleurs abdominales, ni vomissements, ni constipation et tout en conservant un excellent état général ; elle vient consulter et entre à l'Hôtel-Dieu,

le 9 février, dans le service de M. le professeur Hartmann.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans, très irrégulièrement, au début environ tous les trois mois, durant deux à trois jours, puis se régularise vers 17 ans, durant cinq à six jours. A eu ses avant-dernières règles le 30 décembre durant cinq jours, les dernières le 1^{er} février durant cinq jours.

Quelques pertes blanches vers 22 ans empesant le linge, jamais très abondantes, ayant continué à se manifester surajoutées aux pertes rouges actuelles. La malade dit n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis deux ans.

Antécédents familiaux : Père bien portant, 48 ans, mère bien portante, 45 ans, une sœur de 22 ans, bien portante, un frère mort à 4 ans d'une bronchite qui avait duré trois mois. Mari mort au champ d'honneur, pas d'enfant.

Etat actuel, 9 février. — La malade se plaint simplement de pertes quotidiennes. Ces pertes sont peu abondantes et constituées par un écoulement sanguin dilué. Elle n'éprouve aucune douleur ; n'est pas constipée, ne vomit pas, son état général est excellent. — *Inspection*. La paroi abdominale paraît normale, légèrement convexe autour de l'ombilic. — *Palpation*. La paroi est facilement dépressible, pas de défense musculaire, pas de douleur à la palpation.

Palper bimanuel. — Le col regarde en bas et un peu en avant. Son orifice molasse admet l'extrémité du doigt. Son extrémité est formée de petites masses molles implantées sur toute la circonférence. Le corps est en rétroflexion et se sent dans le cul-de-sac postérieur. Le tout est mobile, le doigt revient un peu teinté de sang.

Examen au spéculum. — Le col fait une forte saillie, il est ulcéré au niveau de son orifice et même sur toute sa face externe

jusqu'au point de réflexion du vagin. La masse qui le constitue est lobulée, rouge, ulcérée, bourgeonnante et saignante, recouverte de petites languettes flasques. Les bourgeons entourent un orifice un peu agrandi.

Opération, 16 février 1920 (Professeur Hartmann) Pensant pouvoir faire une simple amputation du col, on fait une fente bilatérale de ce col. On enlève la lèvre antérieure. Les lésions semblant remonter plus haut, on pratique une hystérectomie vaginale sans ablation des annexes.

Examen macroscopique. — Sur la pièce enlevée, on constate que la cavité du corps utérin est saine et que les lésions remontent exactement jusqu'à l'isthme.

Examen histologique (Dr Peyron) : La muqueuse pavimenteuse du revêtement externe est intacte ainsi que le tissu conjonctif sous-jacent. Les lésions sont du côté de la muqueuse endo-cervicale, elles consistent en hypertrophie considérable des glandes, dont quelques-unes ont subi la dégénérescence microkystique; l'épithélium de recouvrement a disparu. Dans le tissu conjonctif interstitiel afflux d'éléments lympho-conjonctifs, au milieu desquels des cellules géantes à topographie péri-vasculaire confirmant la nature tuberculeuse de la lésion; le tissu musculaire sous-jacent n'est envahi qu'en quelques points.

Suites opératoires normales.

Obs. XXXII (Prof. Hartmann). (Henri Hartmann in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1907, p. 1). **Tuberculose hypertrophique et stérusante du méat urétral.**

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui se présente à la consultation parce qu'elle avait des envies continuelles d'uriner et qu'elle

n'arrivait à vider sa vessie qu'avec des efforts et des douleurs considérables.

Début de l'affection en 1901 par troubles de la miction, un médecin diagnostiqua polype de l'urètre, il l'enleva et l'opération ne fut suivie d'aucune amélioration. Différents traitements médicaux avec des dilatations par bougie ne furent pas plus efficaces

Antécédents familiaux : Père mort de tuberculose pulmonaire, frère atteint de mal de Pott.

Antécédents personnels : Longtemps traitée pour anémie. Vers 1900 amaigrissement temporaire notable coïncidant avec bronchite rebelle.

Examen à l'entrée : Bon état général, aucun signe de tuberculose pulmonaire. Mictions devenues plus fréquentes, 12 fois par nuit, douloureuses pendant l'émission.

Inspection : A la place du méat on voit une sorte de crête charnue débordant les petites lèvres et mesurant environ 2 centimètres de hauteur ; la muqueuse à son niveau a une couleur grisâtre très légèrement rosée ; elle est épaisse, d'apparence scléro-œdémateuse ; une fente d'environ 1 centimètre de haut, située vers la partie moyenne du repli représente l'orifice urétral. Lorsqu'on l'étale, cette crête se déplisse et prend la forme évasée d'un pavillon de trompette. Il n'existe pas d'induration de l'urètre au delà. Tous les explorateurs et bougies sont arrêtés à 2 centimètres en arrière de l'orifice. Urines claires. Rien de particulier du côté de l'appareil génital. On pense à lésion analogue à celle du rétrécissement tuberculeux ano-rectal.

Opération le 6 octobre 1903 (Prof. Hartmann). Fendant de haut en bas sur la ligne médiane la partie terminale de l'urètre évasée en pavillon on voit au fond un petit orifice punctiforme dont le calibre correspond aux dimensions d'un stylet.

Débridement d'un rétrécissement très limité, 4 millimètres. En arrière urètre de calibre normal.

Etant donné le diagnostic de tuberculose hypertrophique on excise toute la partie intérieure du canal et suture la muqueuse urétrale à celle des parties avoisinantes, vagin en bas, vestibule en haut. Pas de sonde à demeure.

Suites opératoires : Dès le lendemain la malade urine normalement et sans douleur.

Sortie le 10^e jour guérie.

Le 4 janvier 1907, guérison persiste, orifice urétral admet explorateur 26.

Examen histologique de la pièce (D^r Lecène) : L'épithélium urétral est conservé et ne présente que des lésions insignifiantes, il est légèrement proliféré et son épaisseur totale est plus considérable que la normale. Le tissu cellulaire sous-muqueux est épaissi et œdématié, les vaisseaux sont dilatés et entourés d'un manchon de cellules embryonnaires, de place en place on trouve des follicules tuberculeux. Pas de cellules géantes typiques. Ressemble aux lésions de certains lupus et surtout aux sarcoïdes de Boeck décrits par Darier. Ni spirochètes, ni bacilles de Koch.

Inoculation au cobaye provoque tuberculose à évolution lente.

CONCLUSIONS

Sur ces 32 cas de tuberculose génitale que nous avons trouvés parmi les 23.170 observations d'interventions chirurgicales de M. le professeur Hartmann il y a :

1 cas de tuberculose de la vulve ou plus exactement du méat urétral ;

2 cas de tuberculose du col de l'utérus ;

2 cas de tuberculose du corps utérin accompagnés d'annexite tuberculeuse ;

27 cas de tuberculose annexielle (dont 1 pseudo-tuberculose).

La tuberculose génitale est donc rare mais elle doit passer fréquemment inaperçue, l'examen histologique étant le seul procédé permettant le plus souvent de déceler ou d'affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion.

Il ne faut pas se fier à l'examen macroscopique qui est souvent trompeur et doit être contrôlé par le microscope. Et même la nature tuberculeuse d'un follicule un peu atypique ou d'une cellule géante restant toujours discutable on doit s'efforcer de déceler le bacille de Koch et faire l'inoculation au cobaye.

La tuberculose génitale de la femme survient en règle générale en pleine période d'activité génitale de 20 à

40 ans. On retrouve dans l'histoire de nos malades des antécédents personnels tuberculeux dans 35 % des cas, chez 10 nous avons trouvé des antécédents familiaux tuberculeux.

Le cas de tuberculose du méat urétral est surtout intéressant au point de vue urinaire comme exemple de rétrécissement non cicatriciel de l'urètre féminin. Il réalise de plus au point de vue histologique un type curieux de lésion tuberculeuse.

La tuberculose du col de l'utérus surtout dans sa forme végétante ressemble beaucoup au cancer ou plutôt réalise une lésion du col d'aspect inaccoutumé, et si quelques symptômes tels que la moindre friabilité, une plus grande mollesse peuvent faire penser à la tuberculose, la biopsie seule permettra d'affirmer le diagnostic.

La tuberculose du corps utérin ne donne lieu à aucun symptôme caractéristique et fut dans nos 2 cas presque une découverte au cours de l'examen anatomique et histologique, les lésions annexielles concomitantes ayant fait penser à la tuberculose.

La tuberculose annexielle est la plus fréquente des tuberculoses génitales, au point de vue anatomo-pathologique et clinique elle se présente tantôt sous forme d'annexite simple, tantôt sous forme de péritonite tuberculeuse adhésive ou caséeuse réalisant un syndrome abdomino-génital.

La forme abdomino-génitale a un début plus brusque et réalise un tableau clinique plus grave que la forme annexielle simple ; cependant dans nos observations le

pronostic fut le même; cette forme est caractérisée par la superposition aux signes fonctionnels ordinaires d'annexite, de symptômes de réaction péritonéale.

L'évolution est assez spéciale et se fait par crises survenant sans cause provocatrice apparente, se calmant plus ou moins bien par le repos et se reproduisant spontanément même si la malade reste alitée.

La stérilité est très fréquente chez les femmes atteintes de tuberculose génitale, nous la notons 22 fois dans nos 32 observations.

Les fistules ont été signalées dans 7 cas: 2 fois spontanées, 5 fois post-opératoires. Une de ces malades succomba, pour les autres la présence de fistule, même de fistule intestinale, n'assombrit en rien le pronostic.

La généralisation de la tuberculose dans les jours qui ont suivi l'opération s'est produite 2 fois entraînant la mort des malades.

Le diagnostic est des plus difficiles car il n'existe aucun signe de certitude et l'on devra le plus souvent se contenter de soupçonner la tuberculose sans pouvoir l'affirmer. Les antécédents tuberculeux, une autre lésion tuberculeuse, l'évolution par poussées survenant même au repos, parfois la dureté des masses annexielles au toucher vaginal feront penser à la tuberculose sans jamais permettre de l'affirmer.

Le traitement chirurgical, seul employé dans nos observations, a donné une proportion de décès de 17 %. Deux décès étant imputables à la gravité de l'opération elle-même par suite des adhérences extrêmes que produit la tuberculose; 2 par généralisation tuberculeuse,

1 par cachexie à la suite d'une suppuration abondante prolongée.

La castration totale semble avoir donné de meilleurs résultats même immédiats que l'hystérectomie subtotale. La voie abdominale fut la seule employée en principe sauf pour les tuberculoses du col.

La castration unilatérale dans tous les cas où il fut jugé possible de la pratiquer donna d'excellents résultats immédiats et secondaires.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu : le Président,
HARTMANN

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris.
APELL

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.** — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme (rapport de Picqué). *Bullet. et mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1913.
- Deux formes de tuberculose génitale chez la femme. *Gynécologie*, Paris, 1912.
- Albertin.** — Grossesse tubaire et tuberculose annexielle; sur la difficulté du diagnostic. *Lyon médical*, 1911.
- Albaume.** — Rapport de la tuberculose génitale chez la femme, avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital. *Thèse de Paris*, 1907-1908.
- Archambault.** — Tuberculose de la trompe et fibromyome tuberculisé. *Gazette des hôpitaux*, 1907, p. 305.
- Arrivat.** — A propos d'un cas de tuberculose annexielle. *Montpellier médical*, juillet 1913.
- Bardeleben.** — Traitement chirurgical de la tuberculose gynécologique. *Congrès international de la tuberculose*. Rome, 1912.
- Beiea (H.-D.).** — Tuberculose de la partie vaginale du col de l'utérus. *Annales de gynécologie et obstétrique*, septembre 1900.
- Bender.** — Un cas de tuberculose du col de l'utérus. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, septembre 1911.
- Berard.** — Castration pour tuberculose annexielle. *Lyon médical*, 1913.
- Bernheim.** — Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme. *Belgique médicale*, 1900, n° 38.
- Bertrand.** — Des abcès froids tubaires. *Thèse de Lyon*, 1908.

- Bergeret et Bothelho.** — Un cas de tuberculose de l'utérus. *Bulletin de la Soc. Anatomique de Paris*, juin 1919.
- Bilig (M^{lle}).** — Contribution à l'étude de la tuberculose utéro-annexielle. *Thèse de Montpellier*, 1914.
- Blansulton.** — Tuberculose du corps de l'utérus. *Soc. obst. de Londres*, février 1905.
- Bouilly.** — De l'ascite des jeunes filles. *Sem. gyn.*, décembre 1893.
- Bovis (DE).** — Diagnostic des salpingites tuberculeuses. *Sem. méd.*, septembre 1913.
- Brouha.** — Tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus. *Revue de chir. abd. et de gynéc.*, 1912.
- Castany.** — Tuberculose de l'utérus. *Thèse de Montpellier*, 1905.
- Cazeneuve.** — De la tuberculose des annexes. *Thèse de Montpellier*, 1901.
- Chaton.** — Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1907, 1908.
- Chaufton.** — La tuberculose annexielle. *Thèse de Paris*, 1905.
- Cornil.** — *Journal des connaissances médicales*, 1888.
- Cotte.** — Tuberculose inflammatoire du col de l'utérus. *Gazette des hôpitaux*, septembre 1907.
— Dysménorrhée d'origine tuberculeuse. *Gazette des hôpitaux*, octobre 1909.
- Cousyn.** — Etude de la tuberculose de l'utérus et de ses annexes. *Thèse de Paris*, 1903.
- Cuturi.** — Etude expérimentale sur le mode de propagation de la tuberculose des trompes au rectum à la vessie. *Annales des mal. des organes génito-urinaires*, octobre 1910.
- Dalché.** — Tuberculose de l'appareil génital chez la femme. *Revue gén. de clinique et de thérap. de Paris*, 1911.
- Daurios.** — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme. *Thèse de Paris*, 1889.
- Delaunay et Darré.** — Diagnostic des ulcérations du col utérin. *Gaz. des hôp. de Paris*, 1905.

- Deletrez.** — Tuberculose du col de l'utérus. *Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, octobre 1907.
- Le Dentu.** — Tuberculose annexielle. *Semaine gyn.*, n° 17, 1901.
- Desgouttes et Ollivieri.** — Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses. *Lyon médical*, mars 1913.
- Desplas (BERNARD).** — Tuberculose du col utérin. *Arch. mens. d'obs. et de gyn.*, oct. 1912.
- Dervaux.** — Tuberculose génitale de la femme et ses complications péritonéales. *Thèse de Paris*, 1902.
- Ducuing et Rigaud.** — Tuberculose cervico-utérine à forme ulcéro-végétante. *Prov. médicale*, 8 juillet 1911.
- Faure (J.-L.) et Siredey.** — *Traité de Gynécologie*.
- Faure (JEAN-LOUIS).** — *Congrès international de gyn. et d'obst. de Rome*, 1902.
- Fintecclas (DELUCH).** — Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus et du traitement chirurgical. *Thèse de Paris*, 1912.
- Forgue et Massabuau.** — *Nouveau traité de chirurgie*. Le Dentu-Delbet, fasc. 34.
- Forgue et Chauvin.** — La tuberculose du kyste de l'ovaire. *Revue de chirurgie*, nov.-déc., 1919, p. 881.
- Gorowitz (M^{lle}).** — De la tuberculose génitale de la femme. *Thèse de Paris*, 1900.
- Guillemain.** — Tuberculose de l'ovaire. *Revue de chir.*, 1894.
- Guillon.** — Coexistence de la tuberculose et du cancer de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1911-1912.
- Hallé et Motz.** — Tuberculose de l'urètre. *Annales des maladies des org. génito-urinaires*, 1903, p. 481.
- Hartmann.** — Un cas de tuberculose hypertrophique sténosante de l'urètre féminin. *Annales de Gyn. et Obstétriq.*, janvier 1907.
- Gynécologie opératoire. *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*.
- Travaux anatomo-cliniques.
- Heinsich.** — Tuberculose de l'utérus et des trompes consécu-

- tives à un myome. *Monat. fur. Geb. u. gyn.*, 1908, 28 in *Journal chir.*, décembre 1908.
- Jayle et Bertrand (Y.).** — Des pseudo-granulations tuberculeuses. *Presse médicale*, 1917.
- Jayle.** — Tuberculose de la trompe. *Presse méd.*, juin 1913.
- Jong (LOUISE DE).** — L'ovaire chez la femme. La glande interstitielle chez les tuberculeuses et les fibromateuses. *Th. de Paris*, 1914.
- Jong (LOUISE DE).** — Tuberculose annexielle. *Revue de la tuberculose*, 2^e série, tome XI, p. 329.
- Jouin.** — Endométrite tuberculeuse chronique. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 14 mars 1912.
- Kullen.** — Sur 1 cas de tuberculose du col de l'utérus. *Surgery Gynecology and Obstetric*, 1918.
- Labadie-Lagrave et Legueu.** — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.
- Labhardt.** — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale et péritonéale. *Zurt. für geb. u. gyn.*, 1912 ; in *Sem. Med.*, 1912.
- Lannes-Dehore.** — Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus. *Thèse de Lyon*, 1905.
- Lapeyre.** — Traitement de la tuberculose génitale de la femme. *Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912.
- Laurence.** — Tuberculose génitale. *Journal des Praticiens*, 1919, p. 573.
- Lenormant.** — La tuberculose génitale de la femme. *Progrès médical*, Paris, 1909 et *Gazette de gynécologie*, 1909.
- Legueu.** — *Traité chirurgical d'Urologie*, 1910.
- Leuret.** — Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse génitale de la femme. *Thèse de Paris*, 1904.
- Lorrain et Chaton.** — Tuberculose du col de l'utérus à forme hypertrophique. *Société anatomique*, octobre 1907.
- Maly.** — Tuberculose papillaire du col. *Monat. für Geb. u. gyn.*, 1907 ; in *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1908. p. 55.

- Martin.** — Genitale tuberculose. *The Journal american association*, septembre 1908.
- Mathieu** (CHARLES). — Contribution à l'étude de la périnanexite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1900.
- Mauclaire.** — Tuberculose génitale de la femme. *Revue internationale de la tuberculose*. Paris, 1912.
- Ménétrier.** — Endométrite et salpingite tuberculeuse. *Société anatomique*, 1889, p. 475.
- Moore.** — Tuberculose génitale. *Surgery gynecology and obstetric*, juillet 1919.
- Muller.** — Die genital tuberculose der Weiber. *Arch. fur Gynäk.*, 1920, t. CXII, p. 317.
- Murard et Patel.** — Bacillose ovarienne simulant grossesse tubaire. *Lyon-Médical*, janvier 1912.
- Murphy.** — Tuberculosis of the female genitalia and peritoneum. *Chicago surgical Society*, octobre 1903.
- Ollivier.** — Le traitement de la tuberculose annexielle. *Thèse de Lyon*, 1912.
- Patel.** — Traitement de la tuberculose génitale chez la femme. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1912, p. 331.
- Patel et Ollivier.** — Thérapeutique conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juillet 1913.
- Pestalloza.** — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme. *Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912.
- Petit-Dutaillis** (PAUL). — Tuberculose interstitielle de la portion vaginale du col. *La Gynécologie*, février 1913.
- Pollosson.** — Tuberculose utérine. *Société de chirurgie de Lyon*, avril 1913.
- Pollosson et Violet.** — Les productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. *Lyon chirurgie*, 1913.
- Pollosson et Violet.** — La tuberculose du col de l'utérus. *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1906, p. 205.
- Poncet et Leriche.** — Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel. *Tribune médicale*, juin 1910.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*.

- Renaud (MAURICE).** — Tuberculose génitale et péritonéale. *Société anatomique, Paris, 1909.*
- Reynier.** — Tuberculose utéro-annexielle. *Société de chirurgie, juin 1905.*
— Tuberculose de l'appareil tubo-ovarien de la femme. *Sem. gynécologique de Paris, 1912.*
- Richelot.** — Diagnostic de l'ulcération tuberculeuse du col utérin. *Société de gynécologie obstétricale, décembre 1905.*
- Rives.** — Tuberculose des annexes de l'utérus. *Thèse de Montpellier, 1909.*
- Romeo.** — La tuberculose du col utérin. *Gazy. degli ospedoli, janvier 1911.*
- Routier.** — Tuberculose des organes génitaux de la femme d'origine ascendante. *Thèse de Paris, 1909.*
- Rouville (DE).** — A propos de 3 cas de tuberculose annexielle. *Montpellier médical, 1913.*
- Salle et Forraz.** — Tuberculose annexielle. *Gazette des Hôpitaux, 14 décembre 1912.*
- Schottlander.** — Diagnostic histologique dans les premiers stades de la tuberculose utérine. *Monat. für geb. u. gyn., 1905 in Annales de gynécologie et obstétrique, 1905, p. 641.*
- Schulze.** — Un cas de tuberculose de la portion vaginale du col. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, Paris, 1906.*
- Simmonds.** — Tuberculose génitale chez la femme. *Archives gynécologiques, tome LXXXVIII, Presse médicale, juin 1909.*
- Tavernier.** — Tuberculose utéro-annexielle. *Société de chirurgie de Lyon, mai 1905.*
- Tavernier et Chaliier.** — Fistule utéro-vaginale au cours d'une tuberculose utéro-annexielle. *Société des Sciences médicales de Lyon, février 1914.*
- Terrillon.** — Salpingite tuberculeuse. *Bulletin médical, p. 867.*
- Thiercelin.** — Tuberculose primitive des trompes du corps et

du col de l'utérus, consécutive à un avortement. *Société anatomique*, 1889, p. 316.

Todoski. — Tuberculose de l'ovaire. *Thèse de Montpellier*, 1913.

Veyrat. — Etude sur l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique de la tuberculose du col de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1907-1910.

Violet. — Annexite tuberculeuse, fistule de la paroi abdominale. *Lyon médical*, 1897.

Wagner. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale. *Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912.

Wolff. — La tuberculose génitale et péritonéale de la femme d'après 82 cas de la clinique gynécologique de Heidelberg. *Compte rendu in Semaine Médicale*, 1913, p. 39.

Young. — Tuberculose primitive du col de l'utérus. *Transcription of the obs. society London*, volume XLVIII, in *Annales gynécologie et obstétrique*, Paris, 1908, p. 56.

